

МЕТОДИКА

ЗА СУБСИДИРАНЕ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ПРЕЗ 2017 Г.

Чл. 1. С тази методика се определят критериите и редът за субсидиране на:

1. 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 дейности, за които е предвидено със закон или друг нормативен акт да се финансират от държавния бюджет;
2. лечебни заведения за болнична помощ въз основа на едногодишни договори за оказване на медицинска помощ при спешни състояния, за които е предвидено със закон или друг нормативен акт да се финансират от държавния бюджет.

Чл. 2. (1) Министерството на здравеопазването заплаща на лечебните заведения по чл. 1 субсидия за:

1. оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение, на:

1.1. лечебни заведения за болнична помощ за оказване на спешна медицинска помощ на пациенти със спешни състояния, преминали през спешните отделения, които пациенти не са хоспитализирани в същото лечебно заведение, определени по критериите съгласно Приложение № 1, т. I, II и III;

1.2. държавни и общински лечебни заведения за болнична помощ, извън тези по т. 1.1, за оказване на консултативна медицинска 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, определени по критериите, съгласно Приложение № 1, т. IV.

2. осигуряване на лекарствени продукти:

2.1. лекарствени продукти по Приложение № 2, т. I за лечение при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, в лечебните заведения, определени по критериите, съгласно Приложение № 3, т. I;

2.2. лекарствени продукти и консумативи по Приложение № 2, т. II за парентерално хранене на пациенти със „синдром на късото черво“ като периодично поддържащо заместително лечение извън фазата на активно лечение, в лечебните заведения, определени по критериите, съгласно Приложение № 3, т. II.

3. стационарно лечение на пациенти с психични заболявания, за лечебните заведения, определени по критериите, съгласно Приложение № 4;

4. амбулаторно проследяване (диспансеризация) и активно лечение на пациенти с активна туберкулоза, за лечебните заведения, определени по критериите, съгласно Приложение № 5;

5. продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза и с неспецифични белодробни заболявания, за лечебните заведения, определени по критериите, съгласно Приложение № 6;

6. лечение на пациенти с инфекциозни заболявания за:

6.1. амбулаторно проследяване и лечение на пациенти с ХИВ и стационарно лечение на пациенти със СПИН, за лечебните заведения, определени по критериите, съгласно Приложение № 7;

6.2. диагностика и стационарно лечение на пациенти с инфекциозни заболявания за предотвратяване на епидемиологичния риск, за лечебните заведения, определени с отделна заповед на министъра на здравеопазването, по критерии, определени в зависимост от съответната епидемиологична обстановка;

7. медицински дейности за ветерани от войните:

7.1. медицински дейности извън обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, предоставяни на ветераните от войните:

7.1.1. 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, за лечебните заведения, съгласно Приложение № 8, т. I;

7.1.2. прилагане на медицински изделия (очни лещи и вискосубстанция) при оперативно отстраняване на катаракта, за лечебните заведения, съгласно Приложение № 8, т. II;

7.1.3. прилагане на медицински изделия (меш/платно за пластика на коремна стена) при оперативни процедури при хернии, за лечебните заведения, съгласно Приложение № 8, т. III;

7.1.4. медико-диагностични дейности с прилагане на контраст, извън пакет „Образна диагностика“ от пакета здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, за лечебните заведения, съгласно Приложение № 8, т. IV.

7.2. лечение на ветераните от войните (един път годишно, но не повече от 14 дни) и придружител при нужда по преценка на лекар, за лечебните заведения, съгласно Приложение № 9;

8. отпих (един път годишно до 15 дни) и профилактика и рехабилитация (два пъти годишно общо до 30 дни) на военноинвалиди и военнопострадали, за лечебните заведения, съгласно Приложение № 9;

9. медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК, за лечебните заведения, определени по критериите, съгласно Приложение № 10;

10. поддържане на медицински регистри, за лечебните заведения, съгласно Приложение № 11;

11. дневни психорехабилитационни програми:

11.1. дневни психорехабилитационни програми за болни с психични заболявания за лечебните заведения, съгласно Приложение № 12, т. I и II;

11.2. дневни психорехабилитационни програми за жени след операция на рак на млечната жлеза за лечебните заведения, съгласно Приложение № 12, т. III.

12. програми за лечение с метадон, за лечебните заведения, съгласно Приложение № 13;

13. осигуряване на диагностика, лечение и специализирани грижи за деца с висок медицински риск, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за лечебните заведения, съгласно Приложение № 14;

14. терапевтична афереза, за лечебни заведения, съгласно Приложение № 15;

15. бъбречно-заместителна терапия, за лечебни заведения, съгласно Приложение № 16;

16. осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчно-съдови заболявания, които не се заплащат от бюджета на Националната здравноосигурителна каса съгласно Приложение № 17;

16.1. медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчен инсулт, за лечебните заведения, определени по критериите, съгласно Приложение № 17, т. I;

16.2. медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации по Клинична пътека № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)“ от Приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, над стойностите, заплащани от НЗОК, за лечебните заведения, определени по критериите, съгласно Приложение № 17, т. II;

16.3. медицински изделия (клапни системи) за 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“ от Приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, над стойностите, заплащани от НЗОК, за лечебните заведения, определени по критериите, съгласно Приложение № 17, т. III.

(2) Министерството на здравеопазването заплаща субсидии за осъществяване на дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване (поддържане на капацитета и осигуряване на диагностика и лечение на болни, в т.ч. продължително лечение на пациенти със сърдечно-съдови, неврологични и белодробни заболявания) на общински лечебни заведения за болнична помощ, извън случаите по ал. 1, т. 1, които се намират в труднодостъпни и/или отдалечени райони на страната, определени по ред и критерии и посочени в списък, съгласно Приложение № 18.

Чл. 3. (1) Субсидията по чл. 2 се определя за всяко лечебно заведение тримесечно, както следва:

1. за оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение:

1.1. лечебни заведения за болнична помощ за оказване на спешна медицинска помощ на пациенти със спешни състояния, преминали през спешните отделения, които пациенти не са хоспитализирани в същото лечебно заведение, на база общ финансов ресурс, съгласно Приложение № 19;

1.2. държавни и общински лечебни заведения за болнична помощ, извън тези по т. 1.1, за оказване на консултативна медицинска 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, на база брой проведени изследвания на обслужен спешен пациент и определените стойности на изследване и преглед, съгласно Приложение № 20;

2. за осигуряване на лекарствени продукти и консумативи по Приложение № 2 на база общ финансов ресурс, съгласно Приложение № 21;

3. за стационарно лечение на психични заболявания:

3.1. за дневно стационарно лечение на пациенти с психични заболявания на база брой преминали болни и стойност на един преминал болен на дневно стационарно лечение с продължителност до 1 месец, съгласно Приложение № 20;

3.2. за стационарно лечение на пациенти с психични заболявания на база брой преминали болни и стойност на един преминал болен, на стационарно лечение с непрекъснат 24-часов престой с продължителност до 1 месец, коригиран с коефициент на тежест, съгласно Приложение № 20 и Приложение № 22;

3.3. за спешно стационарно лечение до 24 часа на болни с психични заболявания с висок риск, спешни състояния и изразена психомоторна възбуда, които не се хоспитализират в същото лечебно заведение, на база стойност на един епизод, съгласно Приложение № 20 и Приложение № 22, т. I;

3.4. за дейности по рехабилитация чрез трудотерапия на болни с психични заболявания, провеждащи стационарно лечение в същото лечебно заведение на база брой преминали болни на трудотерапия и стойност на епизод на трудотерапия с продължителност до 1 месец, съгласно Приложение № 20 и Приложение № 23.

4. за лечение на болни с активна туберкулоза:

4.1. за амбулаторно проследяване (диспансеризация) на болни с туберкулоза, на база общ финансов ресурс, съгласно Приложение № 24, при спазване на критериите, определени в Приложение № 25;

4.2. активно лечение на пациенти с туберкулоза на база брой проведени леглодни на болни с активна туберкулоза и стойност на един леглоден, съгласно Приложение № 20;

5. за продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза и неспецифични белодробни заболявания с продължителност до 1 месец, на база брой проведени леглодни на болни с туберкулоза и неспецифични белодробни заболявания и стойност на един леглоден, съгласно Приложение № 20, в рамките на общ финансов ресурс, съгласно Приложение № 26;

6. за лечение на пациенти с инфекциозни заболявания:

6.1. за амбулаторно проследяване и лечение на пациенти с ХИВ и стационарно лечение на пациенти със СПИН, на база брой амбулаторно проследени на шест месеца пациенти с ХИВ и стойност на амбулаторно проследяване на шест месеца на пациент с ХИВ, брой амбулаторно лекувани пациенти с ХИВ и стойност на ежемесечно амбулаторно лечение на пациент с ХИВ, брой леглодни на лежащо болни със СПИН и стойност на един леглоден, съгласно Приложение № 20;

6.2. за диагностика и стационарно лечение на болни с инфекциозни заболявания за предотвратяване на епидемиологичния риск, в случаите на извънредна епидемична ситуация, когато съществува заплаха за здравето на гражданите, на база на оценка на конкретната ситуация;

7. за медицински дейности за ветераните от войните:

7.1. за медицински дейности, извън обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, предоставяни на ветераните от войните:

7.1.1. за 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 - на база брой преминали болни и средна стойност на субсидия за прилагане на медицинско изделие, съгласно Приложение № 20, при спазване на критериите, съгласно Приложение № 27;

7.1.2. прилагане на медицински изделия (очни лещи и вискосубстанция) при оперативно отстраняване на катаракта - на база брой преминали болни и средна стойност на субсидия за прилагане на медицинско изделие, съгласно Приложение № 20, при спазване на критериите, съгласно Приложение № 27;

7.1.3. за прилагане на медицински изделия (меш /платно за пластика на коремна стена) при оперативни процедури при хернии - на база брой преминали болни и средна стойност на субсидия за прилагане на медицинско изделие, съгласно Приложение № 20, при спазване на критериите съгласно Приложение № 27;

7.1.4. за медико-диагностични дейности с прилагане на контраст, извън пакет „Образна диагностика“ от пакета здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК - на база брой преминали болни и средна стойност на субсидия за прилагане на контраст при образно изследване, съгласно Приложение № 20, при спазване на критериите, съгласно Приложение № 27;

7.2. за лечение на ветераните от войните един път годишно и придружител при нужда по преценка на лекар, на база брой ветерани от войните, преминали за лечение и стойност на един преминал, съгласно Приложение № 20;

8. за отдых (един път годишно до 15 дни) и профилактика и рехабилитация (два пъти годишно общо до 30 дни) на военноинвалиди и военнопострадали, на база брой военноинвалиди и военнопострадали, преминали за отдых и лечение и стойност на един преминал, съгласно Приложение № 20;

9. за медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК, на база брой издадени експертни решения на ТЕЛК и стойност на едно решение, съгласно Приложение № 20;

10. за поддържане на медицински регистри, на база общ финансов ресурс за поддържане на медицински регистри, съгласно Приложение № 28;

11. програми за лечение с метадон на база брой преминали пациенти и стойност на един пациент на метадонова субституираща и поддържаща програма с метадон за едномесечно лечение, съгласно Приложение № 20;

12. дневни психорехабилитационни програми:

12.1. дневни психорехабилитационни програми за болни с психични заболявания на база брой преминали пациенти и стойност на един пациент на дневна психорехабилитационна програма за едномесечно лечение, съгласно Приложение № 20;

12.2. дневни психорехабилитационни програми за жени след операция на рак на млечната жлеза на база брой преминали пациенти и стойност на един пациент на дневна психо-рехабилитационна програма за десетдневно лечение, съгласно Приложение № 20 и Приложение № 29;

13. дейности по осигуряване на диагностика, лечение и специализирани грижи за деца с висок медицински риск, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, на база брой проведени леглодни, брой обслужвани деца в ЦНСТ, съгласно Приложение № 20 и Приложение № 30;

14. терапевтична афереза на база брой извършени процедури и стойност на 1 процедура на терапевтична афереза, съгласно Приложение № 20 и Приложение № 31;

15. бъбречнозаместителна терапия на база брой извършени процедури и стойност на една процедура на бъбречнозаместителна терапия, съгласно Приложение № 20 и Приложение № 32;

16. за общинските лечебни заведения, които се намират в труднодостъпни и/или отдалечени райони на страната съгласно Приложение № 18, за осъществяване на дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване (поддържане на капацитета и осигуряване на диагностика и лечение на болни, в т.ч. продължително лечение на болни със сърдечно-съдови, неврологични и белодробни заболявания), на база общ финансов ресурс, съгласно Приложение № 33;

17. за осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчно съдови заболявания, които не се заплащат от бюджета на Националната здравноосигурителна каса:

17.1. медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчен инсулт, на база общ финансов ресурс, съгласно Приложение № 34 при спазване на специфичните изисквания, посочени в Приложение № 35;

17.2. медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации по Клинична пътека № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)“ от Приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, над стойностите, заплащани от НЗОК, на база на възстановяване на разходите, при спазване на изискванията, посочени в Приложение № 36.I.

17.3. медицински изделия (клапни системи) за 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“ от Приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (обн., ДВ, бр. 24 от 2016 г.) над стойностите, заплащани от НЗОК, на база на възстановяване на разходите, при спазване на изискванията, посочени в Приложение № 36.И.

(2) Субсидията по ал. 1, т. 6.2. се определя при възникване на извънредна епидемична ситуация, когато съществува заплаха за здравето на гражданите в резултат на епидемия, биотероризъм, възникване и разпространение на нови или непознати заразни болести, за провеждане на пълен обем профилактични и противоепидемични дейности за ликвидиране на ситуацията и може да се разходва за:

1. закупуване на лекарствени продукти, медицински изделия, лични предпазни средства;

2. организиране и провеждане на противоепидемични мерки – специфични изследвания, имунизации и лечение, които са извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.

(3) Лечебните заведения, определени по критериите, съгласно Приложение № 3, т. I са длъжни да осигуряват лекарствени продукти по Приложение № 2, т. I на лечебните заведения по чл. 2, ал. 1, т. 1.1. при необходимост.

(4) В случаите по ал. 3, лечебните заведения по чл. 2, ал. 1, т. 1.1 правят мотивирано искане по образец, съгласно Приложение № 37.

Чл. 4. Министерството на здравеопазването може да коригира стойностите, определени в Приложение № 20, и размера на определения общ финансов ресурс съгласно Приложения № 19, 21, 24, 28, 33 и 34 съобразно определения лимит за разход и общото изпълнение на бюджета на министерството за всяко тримесечие в хода на бюджетната година.

Чл. 5. (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 дейностите по методиката, се обявява на интернет страницата на Министерство на здравеопазването.

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

Чл. 6. (1) Лечебното заведение отчита ежемесечно извършената дейност по индивидуалния договор между 5-о и 8-о число на месеца, следващ отчетния период, като представя в съответната РЗИ месечен отчет за дейността на лечебното заведение, изготвен по образец, съгласно Приложение № 38, на хартиен носител в два екземпляра – по един за РЗИ и лечебното заведение, и на електронен носител (за РЗИ).

(2) Лечебното заведение представя в РЗИ до 16-о число на месеца, следващ отчетното тримесечие, тримесечен отчет за извършената медицинска дейност по договор с Министерство на здравеопазването, изготвен по образец, съгласно Приложение № 39.

(3) Всеки екземпляр на отчетите на хартиен носител се подписва от управителя/изпълнителния директор на лечебното заведение и се подпечатва с печата на лечебното заведение.

(4) Лечебното заведение може преди датата на отчитане да изпрати в РЗИ по електронен път данните по ал. 1 и 2.

(5) Отчетите на субсидираните със средства на бюджета на Министерство на здравеопазването общински лечебни заведения за болнична помощ в труднодостъпни и/или отдалечени райони на страната съдържат информация за преминалите болни през лечебното заведение през отчетния период.

Чл. 7. (1) Предаването на отчетните документи по чл. 6, ал. 1 и 2 се извършва в съответната РЗИ в присъствието на служители, които приемат и проверяват постъпилите документи.

(2) Директорът на РЗИ определя със заповед длъжностни лица – служители на РЗИ, които приемат и проверяват постъпилите документи по ал. 1 и които изпращат информацията по чл. 6 в Националния център по общественото здраве и анализи (НЦОЗА).

(3) При представяне на месечните отчети, служителите на РЗИ извършват проверка за съвпадение на броя отчетни единици за дейност (брой болни/леглодни/процедури и др.) в Приложение № 38 и броя отчетни единици за дейност от детайлизирания типов отчет за дейността към Приложение № 38, за спазване на указанията за попълване на отчетите и нарушаване на заложените формати в тях, като при наличие на съответствие заверяват отчетите с подпис и печат.

(4) При представяне на тримесечните отчети, служителите на РЗИ извършват проверка за съвпадение на броя болни за тримесечието по Приложение № 39 и броя болни от месечните отчети по Приложение № 38, като при наличие на съответствие заверяват отчетите с подпис и печат.

(5) При наличие на несъответствие или неспазване на указанията, отчетите се връщат за корекция на лечебното заведение с указание за отстраняване на несъответствието в срок от 3 дни.

(6) Документите, свързани с отчетността на лечебните заведения по настоящата методика се регистрират в РЗИ и НЦОЗА в отделен регистър, съгласно Приложения № 40 и 41.

Чл. 8. (1) До 16-о число всеки месец РЗИ изпраща по електронен път на НЦОЗА отчетите по чл. 6, ал. 1 и 2 по лечебни заведения.

(2) Служителят по чл. 7, ал. 2 изпраща информацията по ал. 1 в НЦОЗА по електронен път, подписана с електронен подпис, от официалния електронен адрес на инспекцията, като той носи отговорност за нейната достоверност.

(3) Изпратената информация се архивира на сървъра на РЗИ и на електронен носител и се съхранява за срок от 5 години, при спазване на изискванията на Закона за защита на личните данни.

(4) Националният център по общественото здраве и анализи обработва получената информация от РЗИ, изчислява размера на субсидията въз основа на посочените стойности в съответните приложения и до 20-о число на месеца, следващ отчетното тримесечие, предоставя на Министерство на здравеопазването на електронен и хартиен носител информация за размера на полагащата се субсидия за отчетното тримесечие по лечебни заведения и общо за страната.

(5) Обработената от НЦОЗА информация (база данни) за периода се архивира и се съхранява за срок от 5 години.

(6) При неспазване на сроковете по ал. 1 и чл. 6, ал. 1 и 2 с повече от 3 дни, РЗИ, съответно НЦОЗА, уведомява писмено за това Министерство на здравеопазването.

Чл. 9. (1) В срок до 20-о число от месеца, следващ отчетното тримесечие, РЗИ извършва проверка на място в лечебните заведения за изпълнение на субсидираните дейности на принципа на произволна извадка, но по отношение на не по-малко от 5 % от отчетените дейности за тримесечието, като съпоставя отчетените данни с наличната медицинска информация.

(2) При установяване на несъответствия при проверката РЗИ изготвя доклад и го изпраща в Министерство на здравеопазването в срок до 30-о число на месеца, следващ отчетното тримесечие.

(3) Документите по чл. 6, както и документацията, събрана при извършваните проверки, се съхраняват в РЗИ в срок от 5 години и могат да бъдат ползвани при поискване от Министерството на здравеопазването или РЗИ за извършване на проверки.

(4) Регионалната здравна инспекция може да извършва проверки и след представяне на месечните отчети по чл. 6, ал. 1, в т.ч. и в случаите на установяване на несъответствия в рамките на проверката по чл. 7, ал. 3.

Чл. 10. (1) Размерът на тримесечната и годишната субсидия на лечебните заведения се формира в рамките на средствата по бюджета на Министерство на здравеопазването за 2017 г. в съответствие с разпоредбите на Закона за държавния бюджет на Република България за 2017 г. по реда, определен в методиката и индивидуалните договори за финансиране.

(2) На базата на получената информация от НЦОЗА и в съответствие с договорите за субсидиране за 2017 г., Министерство на здравеопазването заплаща на лечебните заведения тримесечно субсидията, определена по реда на ал. 1, до края на месеца, следващ отчетното тримесечие.

(3) Всеки месец Министерството на здравеопазването заплаща на лечебните заведения авансово до 90% от средния месечен размер на субсидията за дейности за предходното тримесечие, като за първото тримесечие на 2017 г. авансовата субсидия се определя на база тримесечна прогноза на МЗ за вероятните разходи по методиката, съобразена с отчетните данни през предходното тримесечие на 2016 г.

(4) След края на всяко тримесечие Министерството на здравеопазването съпоставя информацията за определяния от НЦОЗА размер на полагащата се тримесечна субсидия на база отчетени медицински дейности, с информацията за авансово определената субсидия за всеки месец и изчислява размера на субсидията за доплащане или приспадане.

(5) В случаите, когато размерът на субсидията за тримесечието, изчислен от НЦОЗА, е по-малък от авансово преведената субсидия от Министерството на здравеопазването, приспадането на разликата се извършва от предстоящите преводи и/или при определяне на окончателния размер на субсидията за следващите тримесечия.

(6) За определения размер на изравнителната субсидия, министърът на здравеопазването издава заповед за изплащане.

Чл. 11. (1) Министърът на здравеопазването може да спре изплащане на субсидията по чл. 10 на лечебните заведения, които не са подали документите по чл. 6 в установените срокове или при установени при проверките на РЗИ несъответствия, посочени в доклада по чл. 9, ал. 2.

(2) В случаите по ал. 1 министърът на здравеопазването възлага извършването на проверка на лечебното заведение на Изпълнителна агенция „Медицински одит“ или на комисия, включваща длъжностни лица от МЗ, национални консултанти и др., като определя конкретно предмета и обхвата на проверката.

(3) Проверка по ал. 2 се извършва и във всички случаи на отчитане от лечебно заведение на обем дейност, надвишаващ с повече от 10% обема дейност за предходния съпоставим период.

Критерии за определяне на лечебни заведения, които да бъдат субсидирани за оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение

Министерство на здравеопазването субсидира дейности по оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение, в лечебни заведения, отговарящи на следните изисквания:

I. Многопрофилни болници за активно лечение за оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, преминали през спешните отделения, които пациенти не са хоспитализирани в същото лечебно заведение:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на Клиника/Отделение по спешна медицина:
 - 2.1. с III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Спешна медицина“ или
 - 2.2. с II ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Спешна медицина“.
3. Наличие на болнична аптека.

II. Многопрофилни болници за активно лечение за оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, преминали през спешните отделения, които пациенти не са хоспитализирани в същото лечебно заведение:

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 (ПЗР) на Наредба № 12 от 2015 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“.
3. Наличие на разкрита структура по анестезиология и интензивно лечение - II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“.

4. Наличие на:

- 4.1. клиники/отделения с III ниво на компетентност по минимум 7 (седем) от следните медицински специалности: кардиология, нервни болести, педиатрия, хирургия, гръдна хирургия, съдова хирургия, кардиохирургия, детска кардиохирургия, неврохирургия, ортопедия и травматология, или
- 4.2. клиника/отделение с III ниво на компетентност по психиатрия.

III. Многопрофилни болници за активно лечение 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 е налице недостатъчност спрямо утвърдената Национална здравна карта на съществуващите структури 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 ПЗР на Наредба № 12 от 2015 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“:

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 5 от следните медицински специалности: хирургия; вътрешни болести; кардиология; неврология, 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.

IV. Държавни и общински многопрофилни болници за активно лечение, извън тези по т. I, т. II и т. III, 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 3 от следните медицински специалности – хирургия, ортопедия и травматология, вътрешни болести, неврология, педиатрия, акушерство и гинекология.

4. Наличие на медико-диагностични структури – клинична лаборатория и структура по „образна диагностика“, осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график.

Приложение № 2
към чл. 2, ал. 1, т. 2

Лекарствени продукти по международно непатентно наименование (INN), които се закупуват от лечебните заведения по Приложение № 3 към чл. 2, ал. 1, т. 2

I. Лекарствени продукти за лечение на животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции на пациенти с вродени коагулопатии

№ по ред	ATC	INN
1	B02BD02	Coagulation factor VIII
2	B02BD04	Coagulation factor IX
3	B02BD03	Factor VIII inhibitor bypassing activity
4	B02BD08	Eptacog alfa (Activated)
5	B02BD01	Coagulation factors II, VII, IX & X in combination
6	B02BD06	Von Willebrand factor and coagulation factor VIII in combination
7	B02BD02	Octocog alfa
8	B02BD02	Moroctocog alfa,
9	B02BB01	Human fibrinogen
10	B02BD07	Human coagulation factor XIII

II. Лекарствени продукти и консумативи за парентерално хранене на пациенти със синдром на „късото черво“ като периодично поддържащо заместително лечение извън фазата на активно лечение

№ по ред	ATC	INN
1	B05BA01	Аминокиселини
2	B05BA02	Масни емулсии
3	B05BA03/ B05CX01 V06DC01 V07AB00	Въглехидрати
4	B05BA10	Комбинации
5	N/A	Други лекарствени продукти и консумативи за поддържащо заместително лечение, съгласно утвърдената лекарствена схема

Лечебни заведения, които да бъдат субсидирани за осигуряване на лекарствени продукти по Приложение № 2 към чл. 2, ал. 1, т. 2 за лечение при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии и парентерално хранене на пациенти със „синдром на късото черво“

I. Министерство на здравеопазването субсидира за осигуряване на лекарствени продукти по Приложение № 2, т. I, за лечение при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, лечебни заведения, отговарящи на следните изисквания:

IA. Държавни и общински специализирани болници за активно лечение на болни с хематологични заболявания:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрито Отделение/Клиника по клинична хематология с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Клинична хематология“.

IB. Държавни и общински многопрофилни болници за активно лечение:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на Отделение/Клиника или осъществяване на дейности по клинична хематология – III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Клинична хематология“.

Забележка: Субсидията се предоставя на лечебните заведения по т. IB, в случаите, когато в съответната област няма разкрити лечебни заведения по т. IA.

II. Министерство на здравеопазването субсидира за осигуряване на лекарствени продукти и консумативи по Приложение № 2, т. II, за парентерално хранене на пациенти със „синдром на късото черво“ като периодично поддържащо заместително лечение извън фазата на активно лечение, лечебни заведения, отговарящи на следните изисквания:

IIA. Държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрито Отделение/Клиника по вътрешни болести с разрешена дейност по гастроентерология в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Гастроентерология“.

3. 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.

Критерии за определяне на лечебни заведения, които да бъдат субсидирани за стационарно лечение на болни с психични заболявания

I. Министерство на здравеопазването субсидира дейности по стационарно лечение на болни с психични заболявания, в лечебни заведения, отговарящи на следните изисквания по т. IА или т. IБ:

I.A. Държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрито Отделение/Клиника по психиатрия – I, II или III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Психиатрия“.
3. Наличие на разкрит приемно-консултативен кабинет и създадена организация за 24-часов прием на болни с психични заболявания, в т.ч. и със спешни състояния.
4. Наличие на изградена информационна система за регистрация на болните с психични заболявания.

I.B. Държавни и общински центрове за психично здраве:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрити легла за диагностичен и лечебен престой по дейностите, които са включени в Разрешението за осъществяване на лечебна дейност.
3. Наличие на разкрит приемно-консултативен кабинет и създадена организация за 24-часов прием на болни с психични заболявания, в т.ч. и със спешни състояния.
4. Наличие на изградена информационна система за регистрация на болните с психични заболявания.

II. Министерство на здравеопазването субсидира лечебните заведения по т. I за дейности по рехабилитация, в т.ч. трудотерапия на болни с психични заболявания в стационарни условия, в случай, че отговарят на следните допълнителни изисквания:

1. Наличие на действащи рехабилитационни програми (трудотерапия, арт-терапия/занимателна терапия, музикотерапия и др.) към 31.12.2016 г. за хора с психични заболявания.

2. Наличие на утвърдена със заповед на ръководителя или в устройственния правилник структура за рехабилитация, в т.ч. трудотерапия, включително:

- 2.1. определен ръководител на дейностите по рехабилитация;
- 2.2. осигурен многопрофилен терапевтичен екип от персонала, който вече работи в лечебното заведение, включващ психиатър и/или детски психиатър, психолог, социален работник, медицинска сестра, трудотерапевт/социален рехабилитатор, административен служител.

Критерии за определяне на лечебни заведения, които да бъдат субсидирани за амбулаторно проследяване (диспансеризация) и за активно лечение на болни с активна туберкулоза

Министерство на здравеопазването субсидира дейности по амбулаторно проследяване (диспансеризация) и активно лечение на болни с туберкулоза, в лечебни заведения, отговарящи на следните изисквания:

Държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрита структура по пневмология и фтизиатрия – II или III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пневмология и фтизиатрия“.
3. Наличие на медико-диагностични структури, включващи клинична лаборатория – II или III ниво, микробиологична лаборатория, структура за функционална диагностика на дишането, образна диагностика.
4. Наличие на разкрит приемно-консултативен кабинет и създадена организация за 24-часов прием на болни със спешни състояния по разкритите в тях специалности.
5. Наличие на изградена информационна система за регистрация на болните с туберкулоза.
6. За лечение на мултирезистентни форми на туберкулоза се изисква лечебното заведение, освен изпълнение на критериите по т. 1 – 5, да разполага и с диагностични възможности за диагностика на лекарствена резистентност.

Критерии за определяне на лечебни заведения, които да бъдат субсидирани за продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза и с неспецифични белодробни заболявания

Министерство на здравеопазването субсидира дейности по продължаващо (продължително) лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза, в лечебни заведения, отговарящи на следните изисквания:

Държавни и общински специализирани болници за продължително лечение/рехабилитация на болни с белодробни заболявания:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрита структура за продължително лечение по пневмология и фтизиатрия.
3. Наличие на медико-диагностични структури - клинична лаборатория, образна диагностика (собствени или по договор на територията на областта).
4. Наличие на структура по физикална и рехабилитационна медицина съгласно медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина”.

Критерии за определяне на лечебни заведения, които да бъдат субсидирани за амбулаторно проследяване и лечение на пациенти с ХИВ и стационарно лечение на пациенти със СПИН

Министерство на здравеопазването субсидира дейности по амбулаторно проследяване и лечение на пациенти с ХИВ и стационарно лечение на пациенти със СПИН, в лечебни заведения, отговарящи на следните изисквания:

Държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение, които отговарят на следните условия:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрита клиника по инфекциозни болести – III ниво, съгласно медицински стандарт „Инфекциозни болести”.
3. Наличие в клиниката на обособена структура за лечение на пациенти с придобита имунна недостатъчност.
4. Наличие на медико-диагностични структури, включващи клинична лаборатория II или III ниво, вирусологична лаборатория, образна диагностика.

Критерии за определяне на лечебни заведения, които да бъдат субсидирани за медицински дейности извън обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, предоставяни на ветераните от войните

Министерство на здравеопазването субсидира за медицински дейности, извън обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, предоставяни на ветераните от войните, лечебни заведения, отговарящи на следните изисквания:

I. За 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-държавни и общински болници за активно лечение при:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрито Отделение/Клиника по ортопедия и травматология - II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Ортопедия и травматология”.

3. Наличие на 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.

II. За прилагане на медицински изделия (очни лещи и вискосубстанция) при оперативно отстраняване на катаракта - държавни и общински болници за активно лечение при:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрито Отделение/Клиника по очни болести - II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Очни болести”.
3. Наличие на договор с НЗОК за изпълнение на оперативно отстраняване на катаракта.

III. За прилагане на медицински изделия (меш /платно за пластика на коремна стена) при оперативни процедури при хернии - държавни и общински болници за активно лечение при:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрито Отделение/Клиника по хирургия - 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”.
3. Наличие на договор с НЗОК за изпълнение на оперативни процедури при хернии.

IV. За медико-диагностични дейности с прилагане на контраст, извън пакет „Образна диагностика” от пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК - държавни и общински болници за активно лечение при:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрито Отделение/Клиника по образна диагностика - II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Образна диагностика“.

Критерии за определяне на лечебни заведения, които да бъдат субсидирани 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

Министерство на здравеопазването субсидира дейности 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, в лечебни заведения, отговарящи на следните изисквания:

Специализирани болници за рехабилитация:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на структури по физикална и рехабилитационна медицина - II или III ниво на компетентност съгласно медицинския стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“.
3. Възможност за осигуряване на отдых, профилактика и рехабилитация във всички региони на страната.
4. 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.

Критерии за определяне на лечебни заведения, които да бъдат субсидирани за медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК

Министерство на здравеопазването субсидира дейности по медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК, в лечебни заведения, отговарящи на следните изисквания:

Държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение и центрове за психично здраве с:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на заповед на министъра на здравеопазването за разкриване на ТЕЛК към съответното лечебно заведение.
3. Наличие на 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.

Лечебни заведения, които да бъдат субсидирани за поддържане на медицински регистри, в т.ч. системно събиране, съхранение, анализ, интерпретация и публикуване на данни

I. Министерство на здравеопазването субсидира дейности за системно събиране, съхранение, анализ, интерпретация и публикуване на данни за лицата със злокачествени новообразувания и карцином ин ситу, за нуждите на Националния раков регистър, отговарящи на следните изисквания:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на Клинична онкологична комисия към отделение/клиника по медицинска онкология.
3. Наличие на изградена информационна система за събиране на данни за лицата със злокачествени новообразувания и карцином ин ситу в Националния раков регистър.

II. Министерство на здравеопазването субсидира дейности за поддържане на база данни за болните с диабет, в "Специализирана болница за активно лечение по ендокринология" ЕАД – гр.София.

В рамките на предоставената субсидия "Специализирана болница за активно лечение по ендокринология" ЕАД – гр. София (СБАЛЕ) осъществява дейности по системно събиране, съхранение, анализ, интерпретация и публикуване на данни за лицата с диабет и предразположение към диабет и поддържа база данни на болните от диабет.

Лечебни заведения, които да бъдат субсидирани за дейност по дневни психорехабилитационни програми

Министерство на здравеопазването субсидира дневни психорехабилитационни програми за болни с психични заболявания, в лечебни заведения, отговарящи на следните изисквания:

I. Държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрито Отделение/Клиника по психиатрия - II или III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Психиатрия".
3. Наличие на действащи и финансирани от Министерство на здравеопазването дневни психорехабилитационни програми към 31.12.2016 г.

II. Държавни и общински центрове за психично здраве:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрити легла за диагностичен и лечебен престой по дейностите, които са включени в Разрешението за осъществяване на лечебна дейност.
3. Наличие на действащи и финансирани от Министерство на здравеопазването дневни психорехабилитационни програми към 31.12.2016 г.

Министерство на здравеопазването субсидира дневни психорехабилитационни програми за жени след операция на рак на млечната жлеза, извършвани в лечебни заведения, отговарящи на следните изисквания:

III. Държавни и общински многопрофилни и специализирани болници:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрито Отделение/Клиника по физикална и рехабилитационна медицина - II или III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина".
3. Наличие на опит в изпълнение на рехабилитационни програми за жени, оперирани от рак на млечната жлеза към 31.12.2016 г.
4. Наличие на мултидисциплинарен екип от специалисти, включващ:
 - 4.1. лекари по физикална медицина и рехабилитация;
 - 4.2. физиотерапевти (кинезитерапевти/рехабилитатори/ерготерапевти);
 - 4.3. онколог;
 - 4.4. диетолог;
 - 4.5. клинични психолози;
 - 4.6. социален работник;
 - 4.7. юрист;
 - 4.8. трудотерапевт, музикален педагог, логопед.

Лечебни заведения, които да бъдат субсидирани за дейност по програми за лечение с метадон

Министерство на здравеопазването субсидира програми за лечение с метадон, в лечебни заведения, отговарящи на следните изисквания:

I. Държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрито Отделение/Клиника по психиатрия – II или III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Психиатрия”.
3. Наличие на действащи и финансирани от Министерство на здравеопазването програми за лечение с метадон към 31.12.2016 г.

II. Държавни и общински центрове за психично здраве:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрити легла за диагностичен и лечебен престой по дейностите, които са включени в Разрешението за осъществяване на лечебна дейност.
3. Наличие на действащи и финансирани от Министерство на здравеопазването програми за лечение с метадон към 31.12.2016 г.

Лечебни заведения, които да бъдат субсидирани за дейност по осигуряване на диагностика, лечение и специализирани грижи за деца с висок медицински риск, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване

Министерство на здравеопазването субсидира дейности по осигуряване на диагностика, лечение и специализирани грижи за деца с висок медицински риск, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, в лечебни заведения, отговарящи на следните изисквания:

I. За дейностите по Приложение № 30, т. I и II - държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение:

1. Наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрито отделение/клиника по неонатология – III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология“.
3. Наличие на разкрита структура за специални грижи, съгласно медицински стандарт „Неонатология“.

II. За дейностите по Приложение № 30, т. III - държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение:

1. Наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрито отделение/клиника по педиатрия и/или детска кардиология – III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Педиатрия“.
3. Наличие на разкрито отделение/клиника по кардиохирургия и/или детска кардиохирургия – III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“.

III. За дейностите по Приложение № 30, т. IV - държавни многопрофилни болници за активно лечение:

1. Наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрита структура по спешна медицина, неонатология и/или педиатрия, анестезиология и интензивно лечение, хирургия, неврология, клинична лаборатория, микробиологична лаборатория, образна диагностика.
3. 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.

Критерии за определяне на лечебни заведения, които да бъдат субсидирани за извършване на терапевтична афереза

Министерство на здравеопазването субсидира дейности по извършване на терапевтична афереза, в лечебни заведения, отговарящи на следните изисквания:

Многопрофилни болници за активно лечение:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на Клиника/Отделение по анестезиология и/или интензивно лечение – III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“.
3. Наличие на разкрита структура по спешна медицина в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Спешна медицина“
4. Наличие на разкрити структури по някоя от следните специалности - неврология, кардиология, нефрология с III ниво на компетентност, съгласно съответните медицински стандарти.
5. Наличие на медико-диагностични структури - клинична лаборатория II или III ниво на компетентност и структура по образна диагностика, осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график.
6. Наличие на 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.
7. Наличие на лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение, който има свидетелство за професионална квалификация и призната правоспособност за провеждане на терапевтична афереза.

Критерии за определяне на лечебни заведения, които да бъдат субсидирани за извършване на бъбречно - заместителна терапия

Министерство на здравеопазването субсидира дейности по извършване на бъбречно-заместителна терапия в лечебни заведения, отговарящи на следните изисквания:

Многопрофилни болници за активно лечение:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на Клиника/Отделение по анестезиология и/или интензивно лечение – III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“.
3. Наличие на разкрита структура по спешна медицина, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Спешна медицина“
4. Наличие на разкрити структури по някоя от следните специалности - неврология, кардиология, нефрология с III ниво на компетентност, съгласно съответните медицински стандарти.
5. Наличие на медико-диагностични структури - клинична лаборатория II или III ниво на компетентност и структура по образна диагностика, осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график.
6. Наличие на апарат за екстракорпорално кръвообращение и сетове с мембрани за бъбречно-заместителна терапия.
7. Наличие на лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение, който има свидетелство за професионална квалификация и призната правоспособност за провеждане на бъбречно - заместителна терапия.

Критерии за определяне на лечебни заведения, които да бъдат субсидирани за осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчно-съдови заболявания, които не се заплащат от бюджета на Националната здравноосигурителна каса

I. Министерство на здравеопазването субсидира дейности за осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчен инсулт, които не се заплащат от бюджета на Националната здравноосигурителна каса в лечебни заведения, отговарящи на следните изисквания:

A. Многопрофилни болници за активно лечение, отговарящи на следните изисквания:

1. Наличие на клиника/отделение по спешна медицина – с най-малко II ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Спешна медицина“ в рамките на лечебното заведение или на обединение от лечебни заведения, в което лечебното заведение участва.

2. Наличие на клиника/отделение по нервни болести - III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Нервни болести“.

3. Наличие на клиника/отделение по неврохирургия – III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Неврохирургия“.

4. Наличие на клиника/отделение по интензивно лечение – III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“.

5. Наличие на клиника/отделение по кардиология – III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Кардиология“.

6. Наличие на клиника/отделение по кардиохирургия - III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Кардиохирургия“.

7. Наличие на клиника/отделение по съдова хирургия - 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“.

8. Наличие на клиника/отделение по трансфузионна хематология – III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Трансфузионна хематология“.

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

10. Наличие на клиника/отделение по образна диагностика – с най-малко II ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Образна диагностика“.

11. Наличие на клиника/отделение по физикална терапия и рехабилитационна медицина с най-малко II или III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Физикална терапия и рехабилитационна медицина“.

B. Многопрофилни болници за активно лечение, отговарящи на следните изисквания:

1. Наличие на клиника/отделение по спешна медицина – I, II или III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Спешна медицина“ в рамките на лечебното заведение или на обединение от лечебни заведения, в което лечебното заведение участва.

2. Наличие на клиника/отделение по нервни болести и/или клиника/отделение по неврохирургия – III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Нервни болести“, съответно „Неврохирургия“.

3. Наличие на клиника/отделение по интензивно лечение – III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“.

4. Наличие на клиника/отделение по кардиология – III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Кардиология“.

5. Наличие на клиника/отделение по съдова хирургия - 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“.

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

7. Наличие на клиника/отделение по образна диагностика – с най-малко II ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Образна диагностика“.

8. Наличие на клиника/отделение по физикална терапия и рехабилитационна медицина – с най-малко II ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Физикална терапия и рехабилитационна медицина“.

II. Министерство на здравеопазването субсидира дейности за осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации по Клинична пътека № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)“ от Приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, над стойностите, заплащани от НЗОК, в многопрофилни болници за активно лечение, отговарящи на следните изисквания:

1. Наличие на клиника/отделение по нервни болести - III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Нервни болести“.

2. Наличие на клиника/отделение по неврохирургия – III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Неврохирургия“.

3. Наличие на клиника/отделение по интензивно лечение – III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“.

4. Наличие на клиника/отделение по образна диагностика – с най-малко II ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Образна диагностика“.

5. Наличие на клиника/отделение по физикална терапия и рехабилитационна медицина - с най-малко II ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Физикална терапия и рехабилитационна медицина“.

6. Наличие на сключен договор с Националната здравноосигурителна каса за изпълнение на медицински дейности по Клинична пътека № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)“ от Приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса.

7. Лечебното заведение е осъществило за една календарна година най-малко 15 интервенционални процедури за лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации по Клинична пътека № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)“ от Приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г. за определяне

на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, с прилагане на медицински изделия/сетове за емболизация.“

III. Министерство на здравеопазването субсидира дейности за осигуряване на медицински изделия (клапни системи) за 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“ от Приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравноосигурителна каса над стойностите, заплащани от НЗОК, в многопрофилни болници за активно лечение, отговарящи на следните изисквания:

1. Наличие на клиника/отделение по нервни болести - III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Нервни болести“.

2. Наличие на клиника/отделение по неврохирургия – III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Неврохирургия“.

3. Наличие на клиника/отделение по интензивно лечение – III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“.

4. Наличие на клиника/отделение по образна диагностика – с най-малко II ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Образна диагностика“.

5. Наличие на Клиника/Отделение по физикална терапия и рехабилитационна медицина с най-малко II ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Физикална терапия и рехабилитационна медицина“.

6. Наличие на сключен договор с Националната здравноосигурителна каса за изпълнение на медицински дейности по Клинична пътека № 204 „Тежка черепно-мозъчна травма - оперативно лечение“ и/или № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)“ и/или № 207 „Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин“.

7. Лечебното заведение е осъществило най-малко 15 интервенционални процедури по клинична пътека № 204 „Тежка черепно-мозъчна травма - оперативно лечение“ и/или по клинична пътека № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)“ и/или по клинична пътека № 207 „Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин“ с прилагане на клапни системи за лечение на хидроцефалия при пациенти до 18 години.

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

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:

1.1. 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

1.2. 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:

2.1. Процентно съотношение на населението на надтрудоспособна възраст в съответния труднодостъпен/отдалечен район – е по-високо от средното за страната по данни на НСИ към 31.12.2015 г., т.е. над 24,3%.

2.2. Процентно съотношение на безработното население в съответния труднодостъпен/отдалечен район – е по-високо от средното за страната по данни на Агенцията по заетостта към 31.12.2015 г., т.е. над 10%.

3. Наличието на основния критерий по т. 1.1 не изисква наличие и на допълнителен критерий.

4. Наличието на основния критерий по т. 1.2 изисква наличие и на поне един от допълнителните критерии.

5. Общинските болници следва да отговарят и на следните изисквания, за да бъдат субсидирани със средства от бюджета на Министерство на здравеопазването:

5.1. да притежават разрешение за осъществяване на лечебна дейност;

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

5.3. 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).

6. 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.

7. След официалното оповестяване на отчетната информация към 31.12.2016 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 България.

Критерии за определяне на общ финансов ресурс на лечебните заведения за болнична помощ, които оказват спешна медицинска помощ на пациенти със спешни състояния, преминали през спешните отделения и нехоспитализирани в същото лечебно заведение

Общият финансов ресурс на лечебните заведения за болнична помощ, които оказват спешна медицинска помощ на пациенти със спешни състояния, преминали през спешните отделения и нехоспитализирани в същото лечебно заведение, се определя както следва:

1. Общият финансов ресурс на лечебното заведение се формира като сума от:
1.1. Общ финансов ресурс за поддържане на капацитет за 24-часов непрекъснат режим на работа.

1.2. Общ финансов ресурс за дейности по прием, диагностика и лечение на пациенти със спешни състояния, преминали през спешните отделения и нехоспитализирани в същото лечебно заведение.

2. Общият финансов ресурс по т. 1.1. се определя на база:

2.1. Брой екипи от медицински специалисти на 24-часов непрекъснат режим на работа, в т.ч.:

2.1.1. 2 лекарски екипа и 3 екипа от специалисти по здравни грижи за структури по част I, т. 2.1. от Приложение № 1 при не по-малко от 5 000 и не повече от 15 000 обслужени пациенти със спешно състояние, които не са били хоспитализирани, отчетени по Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2016 г. В случаите, когато броят на обслужените лица надвишава 15 000, се осигуряват допълнително по 1 лекарски екип и 1 екип от специалисти по здравни грижи на всеки 10 000 обслужени пациенти.

2.1.2. 2 лекарски екипа и 2 екипа от специалисти по здравни грижи за структури по част I, т. 2.2 и част II от Приложение № 1 при не по-малко от 5 000 и не повече от 15 000 обслужени пациенти със спешно състояние годишно, които не са били хоспитализирани, отчетени по Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2016 г. В случаите, когато броят на обслужените лица надвишава 15 000, се осигуряват допълнително по 1 лекарски екип на всеки 20 000 обслужени пациенти и 1 екип от специалисти по здравни грижи на всеки 10 000 обслужени пациенти.

2.1.3. 1 лекарски екип и 2 екипа от специалисти по здравни грижи при обслужени не по-малко от 5000 пациенти със спешно състояние, които не са били хоспитализирани, отчетени по Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2016 г. за структури по част III от Приложение № 1.

2.1.4. 1 лекарски и 1 екип от специалисти по здравни грижи при обслужени по-малко от 5000 пациенти със спешно състояние, които не са били хоспитализирани, независимо от нивото на компетентност.

2.2. Среден месечен разход за 1 лекар в лекарски екип 1 500 лв. и среден месечен разход за 1 специалист по здравни грижи в екип от специалисти по здравни грижи 900 лв.

3. Общият финансов ресурс по т. 1.2 за всяко лечебно заведение, получавало субсидиране по Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2016 г., се формира на базата на брой обслужени пациенти със спешно състояние, които не са били хоспитализирани, отчетени по Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2016 г. и среден разход на 1 пациент 9 лв.

4. В съответствие с определеното ниво на компетентност на съответната структура по спешна медицина (I, II или III), спрямо определения общ финансов ресурс по

т. 3 за съответното лечебно заведение се прилага коефициент за ниво на компетентност, както следва: за III ниво – 1,3; за II ниво – 1,0; за I ниво – 0,7.

5. За новосъздадените структури, получили разрешение за дейност през 2016 г. се предвижда обем дейност съобразно изискванията на Медицински стандарт „Спешна медицина“ за минимален обем дейност за Отделение/Клиника по спешна медицина от 5 000 души. и общ финансов ресурс за брой екипи от медицински специалисти на 24-часов непрекъснат режим на работа съгласно т. 2.1.4.

Приложение № 20
към чл. 3, ал. 1, т. 1.2, т. 3, 4.2, 5, 6.1, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14 и 15

I. Стойности на изследванията и прегледите на обслужен спешен пациент по чл. 3, ал. 1, т. 1.2 от Методиката за субсидиране на лечебните заведения за 2017 г.

	Код	Номенклатура	Стойност (в лв.)
1.		Преглед, проведен в лечебното заведение по искане на дежурния екип на ЦСМП	18,00 лв.
2.	01	Клинична лаборатория	
	01_01	Кръвна картина – поне осем от посочените показатели или повече: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC	1,98 лв.
	01_04	Време на кръвене	1,43 лв.
	01_08	Химично изследване на урина с течни реактиви (белтък, билирубин, уробилиноген)	0,66 лв.
	01_09	Седимент на урина – ориентировъчно изследване	0,66 лв.
	01_11	Глюкоза	1,43 лв.
	01_13	Креатинин	1,43 лв.
	01_14	Урея	1,43 лв.
	01_15	Билирубин – общ	1,43 лв.
	01_16	Билирубин – директен	1,43 лв.
	01_23	Пикочна киселина	1,43 лв.
	01_24	АСАТ	1,43 лв.
	01_25	АЛАТ	1,43 лв.
	01_26	Креатинкиназа (КК)	1,43 лв.
	01_27	ГГТ	1,43 лв.
	01_28	Алкална фосфатаза (АФ)	1,43 лв.
	01_29	Алфа-амилаза	1,43 лв.
3.	06	Образна диагностика	
	06_03	Рентгенография на лицеви кости	6,86 лв.
	06_05	Специални центражи на черепа	6,86 лв.
	06_06	Рентгенография на стернум	6,86 лв.
	06_07	Рентгенография на ребра	6,86 лв.
	06_08	Рентгеноскопия на бял дроб	6,86 лв.
	06_09	Рентгенография на крайници	6,86 лв.
	06_10	Рентгенография на длан и пръсти	6,86 лв.
	06_11	Рентгенография на стерноклавикуларна става	6,86 лв.
	06_12	Рентгенография на сакроилиачна става	6,86 лв.
	06_13	Рентгенография на тазобедрена става	6,86 лв.
	06_14	Рентгенография на бедрена кост	6,86 лв.
	06_15	Рентгенография на колянна става	6,86 лв.
	06_16	Рентгенография на подбедрица	6,86 лв.
	06_17	Рентгенография на глезенна става	6,86 лв.
	06_18	Рентгенография на стъпало и пръсти	6,86 лв.
	06_19	Рентгенография на клавикула	6,86 лв.

	лечебното заведение на пациент, отговарящ на критериите на Приложение № 22, т.І, който не се хоспитализира в лечебното заведение в рамките на 24 часа.	
	1.4. Стойност на един епизод на рехабилитация чрез трудотерапия на болен с психични заболявания, провеждащ стационарно лечение в същото лечебно заведение с продължителност до 1 месец. Изискванията за осъществяване на дейности по рехабилитация чрез трудотерапия на болни с психични заболявания в стационарни условия са посочени в Приложение № 23. Забележка: 1.5. МЗ заплаща на лечебните заведения до 50 места, а за лечебните заведения с преминали над 150 болни с психични заболявания в стационарни условия месечно - до 80 места. 1.6. При престой на пациента повече от 1 месец, заплащане за последния епизод от рехабилитация чрез трудотерапия се извършва при провеждане не по-малко от 16 дни след всеки осъществен пълен месец (30 дни) лечение.	40 лв.
2.	2.1. Стойност на леглоден на болен с активна туберкулоза без данни за мултирезистентност /изписан и починал/ (код по МКБ – 10 A15-A19)) за стационарно лечение с непрекъснат 24-часов престой с продължителност до 4 месеца. 2.1.1. възрастни: - за отделения/клиники III ниво на компетентност - за отделения/клиники II ниво на компетентност 2.2. Стойност на леглоден на болен с активна туберкулоза с мултилекарствена резистентност (код по МКБ – 10 A15-A19) Забележка: 2.3. МЗ заплаща за всеки леглоден на преминал болен с активна туберкулоза за стационарно лечение с непрекъснат 24-часов престой, но не-повече от 4 месеца стационарно лечение по т.2.1.1. По т.2.2 се заплаща не повече от 12 месеца стационарно лечение, освен в случаите на терапевтичен неуспех и невъзможност за обезбациляване в посочения срок. 2.4. Стойността на 1 преминал болен се коригира с коефициент за тежест на състоянието, както следва: а. за пациенти с коинфекция със ХИВ/СПИН – 2,5 б. за деца до 18 години – 1,5	48 лв. 38 лв. 53 лв.
3.	3.1. Стойност за амбулаторно проследяване на шест месеца на пациент с ХИВ 3.2. Стойност за ежемесечно амбулаторно лечение на пациент с ХИВ 3.3. Стойност на леглоден на лежащо болен със СПИН 3.3.1. Стойност на леглоден на лежащо болен със СПИН и коинфекции (вирусен хепатит В, С, D, туберкулоза)	50 лв. 50 лв. 70 лв. 100 лв.
4.	Стойност на леглоден на болен за продължаващо лечение и рехабилитация на туберкулоза и на неспецифични белодробни заболявания: Забележка: 4.1. МЗ заплаща за всеки леглоден на преминал болен за продължаващо лечение и рехабилитация на туберкулоза и на неспецифични белодробни заболявания, но не по-малко от 20 дни за болни с туберкулоза и 14 дни за болни с неспецифични белодробни заболявания (възрастни) и 10 дни за болни с неспецифични белодробни заболявания (деца).	25 лв.

	4.2. Случаите на рехоспитализация (хоспитализация в рамките на 180 дни от датата на предходна хоспитализация) не се заплащат. Това правило не се прилага в случаите на рехоспитализация на деца и болни с туберкулоза. 4.3. Насочването за продължаващо лечение и рехабилитация на болни с туберкулоза и неспецифични белодробни заболявания се осъществява с направление за хоспитализация, издадено: - за болни с туберкулоза – 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 болни с неспецифични белодробни заболявания – 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 деца до 18 г. 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 детски болести. Насочващият лекар изготвя етапна епикриза за състоянието на пациента. 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. Посочените документи следва да са приложени към направлението за хоспитализация на пациента. За лицата над 18 г. с неспецифични белодробни заболявания се прилага и Експертно решение от ТЕЛК 4.4. Броят на осъществените леглодни на отчетените по методиката преминали болни не може да формира размер на субсидията над размера на общия финансов ресурс на лечебното заведение, определен съгласно Приложение № 26. Ограниченията не се прилагат по отношение на дейности по продължително лечение и рехабилитация на деца до 18 години. 4.5. При наличие на неусвоен финансов ресурс за предходното тримесечие, лечебните заведения могат да приемат лица над 18 години с неспецифични белодробни заболявания, насочени от лекар-специалист по пневмология и фтизиатрия и/или алергология и/или вътрешни болести без наличие на експертно решение на ТЕЛК за загубена работоспособност над 50 %, в което да е посочена диагнозата „неспецифично белодробно заболяване“, при условие, че е приложена достатъчна медицинска документация, потвърждаваща наличието на неспецифично белодробно заболяване, изискващо продължаващо лечение и рехабилитация в болнично заведение. За целта лечебното заведение поддържа листа за планов прием.“	
5.	5.1. Пределна стойност на субсидия за прилагане на медицинско изделие (изкуствени стави/остеосинтезни материали)	до 1000 лв.
	5.2. Пределна стойност на субсидия за прилагане на медицинско изделие (очна леща и вискозубстанция)	до 600 лв.

	5.3.Пределна стойност на субсидия за прилагане на медицинско изделие изделия (меш /платно за пластика на коремна стена)	до 200 лв.
	5.4.Пределна стойност на субсидия за прилагане на контраст при образни изследвания	до 200 лв.
6.	Стойност за лечение на ветеран от войните (един път годишно, но не повече от 14 дни) и придружител при нужда по преценка на лекар	570 лв.
7.	Стойност за отдиш (един път годишно до 15 дни) и профилактика и рехабилитация (два пъти годишно общо до 30 дни) на военноинвалиди и военнопострадали	350 лв.
8.	Стойност за издадено експертно решение от ТЕЛК (код по МКБ – 10 Z02-. 12).	22 лв.
9.	Стойност на 1 пациент на метадонова субституираща и поддържаща програма с метадон за едномесечно лечение	56 лв.
10.	10.1. Стойност на 1 пациент на дневна психорехабилитационна програма за болни с психични заболявания за едномесечно лечение	156 лв.
	10.2. Стойност на 1 пациент на дневна психорехабилитационна програма за жени, оперирани от рак на млечната жлеза, за 10 дневно лечение	600 лв.
11.1.	Стойност на 1 леглоден лечение и преходни грижи за новородени деца по т. I и II на Приложение № 30, до отпадане на медицинския риск, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване	20 лв.
11.2.	Стойност на 1 леглоден лечение за деца по т. III на Приложение № 30, до отпадане на медицинския риск, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване Забележка: МЗ заплаща за всеки леглоден лечение и преходни грижи за новородени деца и деца по т. III на Приложение № 30, след изтичане на минималния престой по съответната клинична пътека и клинична процедура за интензивно лечение, но не повече от 20 дни.	500 лв.
11.3.	Стойност на епизод на грижа за 1 дете по т. IV на Приложение № 30 Забележка: Епизод на грижа е всеки календарен месец от датата на първоначален преглед на състоянието на детето при настаняването му в ЦНСТ до неговото извеждане.	100 лв.
12.	Стойност на 1 процедура по терапевтична афереза	3500 лв.
13.	Стойност на 1 процедура по бъбречнозаместителна терапия	2000 лв.

Критерии за разпределяне на общ финансов ресурс и ред за предоставяне на лечебните заведения за болнична помощ на лекарствени продукти за лечение при животозастрашаващи кръвоизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции за пациенти с вродени коагулопатии и лекарствени продукти и консумативи за парентерално хранене на пациенти със „синдром на късото черво“

I. Общият финансов ресурс за 2017 г. на лечебните заведения за болнична помощ за осигуряване на лекарствени продукти за лечение при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции за пациенти с вродени коагулопатии се разпределя, както следва:

1. Общият финансов ресурс за всяко лечебно заведение по Приложение № 3, т. I. на методиката съответства на определения за лечебното заведение общ финансов ресурс за дейността, определен по реда на Методиката за субсидиране на лечебните заведения за 2017 г.

2. За осигуряването на лекарствени продукти по Приложение № 2, т. I., лечебното заведение получава първоначална субсидия за първото тримесечие на 2017 г. в размер на 25 на сто от определените средства.

3. Размерът на субсидиите за следващите тримесечия се определя на база отчетени разходи за лекарствени продукти през предходния период, като цените на лекарствените продукти не могат да надвишават тези, посочени в Приложение № 2 на Позитивния лекарствен списък.

4. Общият финансов ресурс по т. I се използва от лечебните заведения по Приложение № 3, т. I. за осигуряване на лекарствени продукти, включени в Приложение № 2, т. I.

5. Лечебните заведения разходват закупените лекарствени продукти за лечение на болни с вродени коагулопатии при:

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

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

5.3. постъпили на лечение в същото лечебно заведение или в лечебни заведения, осъществяващи дейности по оказване на спешна медицинска помощ, определени по критериите, съгласно Приложение № 1.

6. Лечебните заведения по т. I предоставят при необходимост на лечебните заведения, определени по критериите, съгласно Приложение № 1, т. I, II и III лекарствени продукти по Приложение № 2, т. I. по ред и условия както следва:

6.1. Организация на заявяването:

6.1.1. След постъпването на пациент с вродена коагулопатия в болнично заведение по чл. 2, ал. 1, т. 1.1, хематологът (ако има такъв към заведението), началникът на съответното отделение или дежурният екип информират по телефона съответната структура по клинична хематология III ниво (ръководителят или друг хематолог от интердисциплинарния екип за обслужване на пациенти с вродени коагулопатии) към лечебни заведения крайни получатели по чл. 2, ал. 1, т. 2.1 за:

а) трите имена на пациента, ЕГН, телесно тегло;

б) повода за хоспитализацията, органната локализация и тежестта на кръвоизлива;

в) общото състояние на пациента;

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

6.1.2. Ръководителят или друг хематолог от интердисциплинарния екип за обслужване на пациенти с вродени коагулопатии приема данните, като:

а) проверява в регистъра формата на коагулопатията на пациента;

б) 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“;

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

6.1.3. 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.

6.2. Предоставяне на лекарствени продукти:

6.2.1. До 12 часа след постъпването на пациента лечебното заведение по чл. 2, ал. 1, т. 1.1 изготвя и представя на лечебното заведение, получило субсидия, мотивирано искане по приложения образец, съгласно Приложение № 37, 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. Искането се изготвя в два екземпляра, по един за всяко от лечебните заведения

6.2.2. Лицата по т. 6.1.1:

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

6.2.2.2. изписват необходимото количество лекарствен продукт на лекарствен лист и приемно-предавателен протокол, изготвен в два екземпляра, по един за всяко лечебно заведение. Ако в лечебно заведение по чл. 2, ал. 1, т. 1.1, има хематолог, лицата организират получаването на лекарствения продукт от лечебното заведение по чл. 2, ал. 1, т. 2.1 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.

6.2.3. Всяко лечебно заведение съхранява мотивираното искане, придружено с лекарствен лист и приемно-предавателен протокол. 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 болницата, осигурила лекарствения продукт, а приемно-предавателния протокол - в два екземпляра.

6.2.4. В случай, че не бъде използвано цялото количество предписан лекарствен продукт, лечебното заведение по чл. 2, ал. 1, т. 2.1 връща останалото количество в лечебното заведение, получило субсидията с приемно-предавателен протокол в два екземпляра за всяка от страните.

7. Лечебните заведения, определени по критериите, съгласно Приложение № 1 задължително поддържат резерв (количество) от лекарствени продукти по Приложение № 2, т. I, в зависимост от броя и вида на пациентите с вродени коагулопатии през последните 3 години, който се използва както следва:

7.1. При наличие на необходимост от незабавно приложение на антихемофилни фактори, които не могат да бъдат своевременно осигурени по гореописания ред, лечебните заведения заявяват необходимите количества по реда на т.6.1.

7.2. След получаване на указания за дозировката и ритъма на приложение на съответните лекарствени продукти от ръководителят или друг хематолог от интердисциплинарния екип за обслужване на пациенти с вродени коагулопатии по т.6.1.2, лекарствените продукти от наличния резерв се прилагат на пациента, като приложението им се регистрира в медицинската документация.

7.3. След получаване на лекарствените продукти по реда на т. 6.2, използваните продукти се възстановяват в резерва на лечебното заведение.

7.4. В болничната аптека на лечебното заведение (приемащото) се съхранява информация за движението на лекарствените продукти по т.7, в.т. пациентите, на които са приложени лекарствените продукти и сроковете на годност на същите.

II. Общият финансов ресурс за 2017 г. на лечебните заведения за болнична помощ за осигуряване на лекарствени продукти и консумативи за парентерално хранене на пациенти със „синдром на късото черво“ се разпределя както следва:

1. Общият финансов ресурс за всяко лечебно заведение по Приложение № 3, т. II. на методиката се определя на база на представена от лечебното заведение заявка, включваща броя на обслужваните пациенти, схема на лечение и месечна и годишна стойност на провежданото лечение, включваща стойността на използваните лекарствени продукти и консумативи.

2. За осигуряването на лекарствени продукти и консумативи по Приложение № 2, т. II., лечебното заведение получава първоначална субсидия за първото тримесечие на 2017 г. в размер на 25 на сто от заявените средства.

3. Размерът на субсидиите за следващите тримесечия се определя на база отчетени разходи за лекарствени продукти и консумативи през предходния период, като цените на лекарствените продукти не могат да надвишават тези, посочени в Приложение № 2 на Позитивния лекарствен списък.

4. Общият финансов ресурс по т. II се използва от лечебните заведения по Приложение № 3, т. II. за осигуряване на лекарствени продукти и консумативи, включени в Приложение № 2, т. II.

Критерии за заплащане на коригирана с коефициент за тежест Стойност на преминал болен с психично заболяване (код по МКБ – 10 F00-F99) за стационарно лечение с непрекъснат 24-часов престой с продължителност до 1 месец

Министерство на здравеопазването заплаща на лечебните заведения, отговарящи на критериите по Приложение № 4, коригирана с коефициент за тежест Стойност на преминал болен с психично заболяване (код по МКБ – 10 F00-F99) за стационарно лечение с непрекъснат 24-часов престой с продължителност до 1 месец, определена съгласно Приложение № 20 за следните категории пациенти и при спазване на следните критерии:

I. Пациенти с висок риск, спешни състояния и изразена психомоторна възбуда

В тази категория влизат всички лица, които при постъпването са с очевидни признаци за психично разстройство, когато поведението или състоянието им представлява пряка и непосредствена опасност за собственото им здраве или живот или за здравето или живота на други лица:

Критерии за капацитет на структурата:

1. Наличие на пространствени и функционални възможности за осигуряване на повишена сигурност, съгласно изискванията на медицински стандарт „Психиатрия”.
2. Наличие на медицински и друг персонал за осигуряване на повишена сигурност съгласно изискванията на медицински стандарт „Психиатрия”.

Критерии за обективизиране на състоянието на пациента:

1. Налични записи във външни документ/и, удостоверяващи състоянието на лицето към момента на постъпването: Фиш за обслужен спешно болен, издаден от ЦСМП, Лист за преглед на пациент в Спешно отделение, издаден от лечебно заведение за болнична помощ, Рапорт на полицейски орган, Жалба, молба, сигнал или друг документ от физически или юридически лица (близки; съседи; колеги и др., в случаите по чл.155 от Закона за здравето с мотиви и резолюция на ръководителя на лечебното заведение.

2. Налични записи в История на заболяването и друга медицинска документация, удостоверяващи състоянието на пациента след приемане:

- а) първоначалната оценка, която съдържа: начин на постъпване (подробно се описва недоброволното постъпване, като се прилагат всички юридически документи: преписки, постановления, писма), психичен статус, неврологичен статус, телесен статус, психиатричен синдром, диагноза по МКБ-10, диагностичен и лечебен план, режим и надзори;
- б) прилагане на мерки за физическо ограничаване (в случаите на обективна необходимост), документирани съгласно изискванията на Наредба № 1 от 28 юни 2005 г. за реда за прилагане на мерки за временно физическо ограничаване при пациенти с установени психични разстройства;
- в) оценка на протичане на заболяването.

При наличие на капацитет и обективни данни за проведено стационарно лечение на пациент с очевидни признаци за психично разстройство, когато поведението или състоянието им представлява пряка и непосредствена опасност за собственото им здраве или живот или за здравето или живота на други лица, се прилага коригиращ коефициент на тежест 1,15 върху стойността на преминал болен с психично заболяване (код по МКБ – 10 F00-F99) за стационарно лечение с непрекъснат 24-часов престой с продължителност до 1 месец за съответното ниво на компетентност, съгласно Приложение № 20, т.П.1.2.

При престой повече от 1 месец, коригиращият коефициент се заплаща само за първия месец от престоя на болния.

За пациенти, отговарящи на посочените критерии, които не се хоспитализират в същото лечебно заведение след изтичане на 24-часовия престой, се заплаща стойността по т. II.1.3. на Приложение № 20.

II. Пациенти с психични заболявания и тежки соматични заболявания/увреждания

В тази категория се включват всички пациенти с психични заболявания, на които поради налични придружаващи тежки соматични заболявания/увреждания, както и бременни и родилки до 40 ден след раждането, са осъществени допълнителни медицински дейности във връзка със соматичните заболявания/състояния – медико-диагностични изследвания; консултации с лекари-специалисти по профила на заболяването, закупуване на медикаменти и др.

Критерии за капацитет за осъществяване на дейността:

1. Наличие на осигурена консултативна помощ и медико-диагностични изследвания:

1.1. За психиатричните клиники/отделения в структурата на лечебни заведения за болнична помощ – многопрофилни болници за активно лечение с разкрити структури по вътрешни болести, хирургия, неврология, акушерство и гинекология, образна диагностика, клинична лаборатория е необходимо наличие на утвърдени от ръководителя на лечебното заведение Правила за координация и взаимодействие на болничните структури.

1.2. За психиатричните структури в лечебни заведения, които не разполагат с възможностите по т. 1.1. се изисква наличие на договорни отношения, осигуряващи консултативна помощ и медико-диагностични изследвания минимум по посочените специалности.

Критерии за обективизиране на състоянието на пациента:

1. Налични записи, удостоверяващи наличието на соматично заболяване и осъществени дейности, свързани с диагностиката и лечението му:

а) история на заболяването с отразени данни за соматичното състояние на пациента, назначени и проведени медико-диагностични изследвания, консултации, назначена терапия, свързани с придружаващи соматични състояния на болните

б) приложени към ИЗ резултати от медикодиагностични изследвания, протоколи от консултации или лекарски консилиуми, лечебно-контролна комисия и др.;

в) лекарствени листи за предписани медикаменти за соматичните заболявания;

г) епикриза.

При наличие на капацитет и обективни данни за проведено стационарно лечение на пациент с психично заболяване и придружаващи тежки соматични заболявания/увреждания, налагащи допълнителни диагностични и лечебни дейности, се прилага коригиращ коефициент на тежест 1,1 върху стойността на преминал болен с психично заболяване за стационарно лечение с непрекъснат 24-часов престой с продължителност до 1 месец за съответното ниво на компетентност, съгласно Приложение № 20, т. II, 1.2.

III. Деца до 18 години със симптоми на психични страдания и проблеми в психичното развитие.

В тази категория се включват всички деца до 18 години, на които е проведено стационарно лечение (дневни стационарни грижи или непрекъснато стационарно лечение с 24 часово наблюдение).

Критерии за капацитет за осъществяване на дейността:

1. Наличие на разрешена дейност по специалността „Детска психиатрия“

2. Разкрито отделение/клиника по детска психиатрия или отделение/клиника по психиатрия с дейност по детска психиатрия, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Психиатрия“.

Критерии за обективизиране на състоянието на пациента:

1. Налични записи, удостоверяващи наличието на соматично заболяване и осъществени дейности, свързани с диагностиката и лечението му:

- а) история на заболяването с отразени данни за проведения диагностично-терапевтичен процес;
- б) епикриза.

При наличие на капацитет и обективни данни за проведено стационарно лечение на деца до 18 години със симптоми на психични страдания и проблеми в психичното развитие, се прилага коригиращ коефициент на тежест 1,5 върху стойността на преминал болен с психично заболяване (код по МКБ – 10 F00-F99) за стационарно лечение с непрекъснат 24-часов престой с продължителност до 1 месец за съответното ниво на компетентност, съгласно Приложение № 20, т.П., 1.2.

Изисквания за субсидиране на дейности по рехабилитация на болни с психични заболявания в стационарни условия

I. Обхват и цели на рехабилитацията на болни с психични заболявания в стационарни условия

Рехабилитацията на хора с психични увреждания е процедура, чрез която се предоставят възможности на хора с психични заболявания или умствено изоставане с вторични психични нарушения, да постигнат колкото е възможно по-добро ниво на автономност.

Чрез своите методи, рехабилитацията помага на пациентите с психични заболявания да се научат да компенсират и преодолеят последиците от тяхното заболяване, посредством усвояването на нови умения и техники за справяне, както и постепенното им въвеждане към самостоятелен живот.

Основните цели при реализиране на програми за рехабилитация са:

1. Подобряване на социалните способности на хората с психични заболявания и развиване на креативния им потенциал, чрез увеличение на социалните им умения и творчески занимания;
2. Намаляване на дискриминацията;
3. Деинституционализация на хора с хронични психични проблеми, чрез намиране на среда за контакти и обмен на разнороден житейски опит;
4. Насърчаване и опосредстване на социалните контакти между болните, чрез създаване на принадлежност към групата за занимания, а не към болничното заведение;
5. Насърчаване на пациентите към активност по време на болничния им престой и развиване на доверие към околните и медицинския персонал;
6. Овластяване на пациентите да партнират в процеса на собственото си лечение и възстановяване и насърчаване поемането на отговорност за себе си и контрола над собствения си живот.

II. Индикации и контраиндикации за рехабилитация:

В психиатрията се предлага рехабилитация, назначена от лекар, за хора от всякакви възрасти, страдащи от зависимости, психози, неврози, психо-соматични заболявания, с цел стабилизиране собствения им креативен потенциал, както и възобновяване на способности, които са негативно повлияни от заболяването.

Индикации за рехабилитация са: психични заболявания в детската и юношеската възраст, страхови разстройства, разстройства на личността и поведението, депресии, шизофрени, разстройства на храненето, афективни разстройства, органични психични разстройства, смущения при зависимост от алкохол, наркотици и медикаменти, психични нарушения при екзогенни нарушения на мозъка.

Контраиндикации за рехабилитация имаме при пациенти с остри психози, когато са налице разрушителни действия; с остри интоксикации; в тежки соматични състояния.

III. Изисквания към осъществяването на дейностите по рехабилитация:

1. Дейностите по рехабилитация се осъществяват в лечебни заведения за психиатрична помощ: центрове за психично здраве, психиатрични клиники/отделения към лечебни заведения за болнична помощ, които разполагат с:

- 1.1 структура за рехабилитация, в т.ч. трудотерапия;
- 1.2 определен ръководител на дейностите по рехабилитация;
- 1.3 осигурен многопрофилен терапевтичен екип от персонала, който вече работи в лечебното заведение;

- 1.4 функционално свързване с други услуги в структурата за рехабилитация.
2. Дейностите по рехабилитация се прилагат в стационарно-клинични условия, което се интегрира в цялостната работа на екипите. Индикациите за прилагане на трудотерапия се определят в стационарни условия от диагноза, актуално състояние на пациента и вече постигнатите рехабилитационни успехи.

IV. Използваните терапевтични методи включват:

1. Методи, ориентирани към подобряване на уменията: занаятчийски, приложни и арт-техники; упражнения от практическия живот и от свободното време; възстановяване на изгубени способности; трениране на сърчност и фина моторика.
2. Методи, ориентирани към себеизразяването: използване на терапевтични средства и методи в креативно-изобразителна форма, като средство за себеизразяване, символизиране; възможност за развитие на лична близост и изразяване на чувства;
3. Методи, ориентирани към подобряване на комуникацията: групово-динамичен процес (взаимоотношения в групата, съвместно съществуване в групата и заемане на различни позиции в групата).

V. Рехабилитационни дейности за постигане на заложените цели:

1. Структурирани групови занимания – под формата на тематични сесии, с времетраене между 100-120 минути; групите са от отворен тип, съставени от 5 до 15 човека;
 - 1.1 група за социални контакти и споделяне
 - 1.2 група за арт-терапия и занимателна терапия
2. Индивидуални занимания – организиране личното време на пациентите, чрез насърчаване четене, писане, умения за самообслужване, лична хигиена и бит;
3. Организирани групови разходки и спортни занимания;
4. Трудотерапия – развиване на трудови умения и придобиване на общи (неспецифични) трудови навици.

VI. Изисквания към персонала, осъществяващ дейности по рехабилитация на болни с психични заболявания в стационарни условия

Дейностите по рехабилитация се осъществяват от многопрофилен терапевтичен екип, който се определя от ръководителя на структурата (ЦПЗ; клиника/отделение по психиатрия на лечебно заведение за болнична помощ).

Съставът на персонала, от който се състои многопрофилният терапевтичен екип включва индикативно: психиатър и/или детски психиатър, психолог, социален работник, медицинска сестра, трудотерапевт/социален рехабилитатор, административен служител. Многопрофилният терапевтичен екип може да включва и други специалности за всеки отделен случай или в зависимост от дейността, на основата на доклад на ръководителя.

За осъществяване на дейността се изготвя годишна програма, която се одобрява от ръководителя на структурата, който осъществява и контрола.

Многопрофилният терапевтичен екип планира и реализира всички дейности за постигане на психосоциалната рехабилитация, като за целта изготвя и води индивидуална рехабилитационна карта за всеки пациент и изготвя дневни отчети/рапорти.

VII. Необходима документация за осъществяване на програмите:

1. Годишна програма;
2. Индивидуална рехабилитационна карта;
 - 2.1 Обща информация
 - а/. Лични данни на пациента (име, адрес, ЕГН)
 - б/. Лекуващ лекар
 - в/. Терапевт/рехабилитатор

- г/. Дата на изготвяне
- 2.2 Диагноза и препоръки на лекаря
- 2.3 Групи според мястото на провеждане на заниманията:
 - а/. Група 0 - вътре в отделенията и в стаята;
 - б/. Група 1 – вътре в отделенията и в стаята; в зала за групови занимания;
 - в/. Група 2 – вътре в отделенията и в стаята; в зала за групови занимания; на територията на лечебното заведение; извън сградата на отделението;
 - г/. Група 3 – вътре в отделенията и в стаята; в зала за групови занимания; на територията на лечебното заведение; извън сградата на отделението; извън територията на лечебното заведение (паркове и градини).
- 2.4 Режим на достъп:
 - а/. Затворен (група 0) ;
 - б/. Полузатворен/с придружител (групи 1 и 2);
 - в/. Отворен (група 3).
- 2.5 Степен на зависимост от грижи
 - а/. С висока степен на зависимост от грижи (група 0) – осигурява се повишен надзор и грижи при болни с риск от агресивно, автоагресивно или непредсказуемо поведение, участва единствено в заниманията, провеждани вътре в отделенията;
 - б/. Със средна степен на зависимост от грижи (групи 1 и 2);
 - в/. С ниска степен на зависимост от грижи (група 3).
- 3. Информирано съгласие за участие в програмата (допълнение към информираното съгласие при прием за лечение в отделение);
- 4. Дневни отчети/рапорти на екипите за извършените дейности и включените в тях пациенти.

Критерии за определяне на общ финансов ресурс на лечебните заведения за болнична помощ за амбулаторно проследяване (диспансеризация) на болни с туберкулоза

Общият финансов ресурс за 2017 г. на лечебните заведения за болнична помощ за амбулаторно проследяване (диспансеризация) на болни с туберкулоза, лица с латентна туберкулозна инфекция, съмнителни за туберкулоза и контактни на туберкулоза, се определя както следва:

1. За всяко лечебно заведение, покриващи критериите на Приложение № 5 на методиката се определя общ финансов ресурс, на база на общият размер на средствата за финансиране на дейността по чл. 2, ал. 1, т. 4 от методиката и относителния дял на отчетената от лечебното заведение дейност през последния приключил отчетен период на 2016 г.

2. За установени случаи на болни с активна туберкулоза, в резултат на осъществено активно издирване и амбулаторно проследяване на лица с латентна туберкулозна инфекция, съмнителни за туберкулоза и контактни на туберкулоза, съгласно Приложение № 25, спрямо определения общ финансов ресурс за съответното лечебно заведение се прилага коефициент 1,2.

3. На база на отчетените данни за дейността на лечебните заведения, след края на всяко тримесечие, Министерство на здравеопазването може да преразгледа и увеличи размера на общият финансов ресурс на лечебните заведения, пропорционално на реализирания обем дейност от всяко лечебно заведение.

Приложение № 25
към чл. 3, ал. 1, т. 4.1

Обем дейности по амбулаторно проследяване (диспансеризация) на болни с туберкулоза над 18 години

Рубрика по МКБ	Код МКБ 10	Заболвания	Специалист, провеждащ диспансеризацията	Продължителност на наблюдение в продължителната фаза на лечение	Клиничен преглед (специализирани мед. дейности и ВСД)	Продължителност на след продължителната (амбулаторна) фаза на лечение	Периодичност за една година	Клиничен преглед (специализирани мед. дейности и ВСД)	изследвания за една година*	години	консултации (специализирани мед. дейности и ВСД)*
A15 Туберкулоза на дихателните органи, потвърдена бактериологично и хистологично	A15.0	Туберкулоза на белите дробове, потвърдена бактериоскопично с наличие на отсъствие на културелен растеж	Пневмология и фтизиатрия	4-6 месеца	схематичен преглед 2 Р-о-графия гр. кош 2 изследвания на хранка за БК за периода на наблюдение	2 години след продължителна фаза на лечение	на всеки 6 м	всяко посещение: клиничен преглед; Р-о-графия гр. Кош и изследване на хранка за БК – при показания;	Р-о-графия гр. кош – 1 изследвания на хранка за БК – 1	3-4	не
	A15.1	Туберкулоза на белите дробове, потвърдена само с културелен растеж	Пневмология и фтизиатрия	4-6 месеца	схематичен преглед 2 Р-о-графия гр. кош 2 изследвания на хранка за БК за периода на наблюдение	2 години след продължителна фаза на лечение	на всеки 6 м	всяко посещение: клиничен преглед; Р-о-графия гр. И изследване на хранка за БК – при показания;	Р-о-графия гр. кош – 1 изследвания на хранка за БК – 1	3-4 3-4	не
	A15.2	Туберкулоза на белите дробове, потвърдена хистологично	Пневмология и фтизиатрия	4-6 месеца	схематичен преглед 2 Р-о-графия гр. кош 2 изследвания на хранка за БК за	2 години след продължителна фаза на лечение	на всеки 6 м	всяко посещение: клиничен преглед; Р-о-графия гр. Кош и изследване на хранка за БК – при показания;	Р-о-графия гр. кош – 1 изследвания на хранка за БК – 1	3-4 3-4	не

	A15.3	Туберкулоза на белите дробове, потвърдена с неуточнени методи	Пневмология и фтизиатрия	4-6 месеца	периода на наблюдение ежесмесен преглед 2 Рьо-графин гр. кош 2 изследвания на храчка за БК за периода на наблюдение	2 години след продължителна фаза на лечение	на всеки 6 м	всяко посещение: клиничен преглед; Рьо-графия гр. Кош и изследване на храчка за БК – при показания;	Рьо-графии гр. кош - I изследвания на храчка за БК - I	3-4	не
	A15.4	Туберкулоза на интриторакалит е лимфни възли, потвърдена бактериологично и хистологично	Пневмология и фтизиатрия	4-6 месеца	ежесмесен преглед 2 Рьо-графин гр. кош 2 изследвания на храчка за БК за периода на наблюдение	2 години след продължителна фаза на лечение	на всеки 6 м	всяко посещение: клиничен преглед; Рьо-графия гр. Кош и изследване на храчка за БК – при показания;	Рьо-графии гр. кош - I изследвания на храчка за БК - I	3-4 3-4	не
	A15.5	Туберкулоза на ларинкса, трахеята и бронхите, потвърдена бактериологично и хистологично	Пневмология и фтизиатрия	4-6 месеца	ежесмесен преглед 2 Рьо-графин гр. кош 2 изследвания на храчка за БК за периода на наблюдение	2 години след продължителна фаза на лечение	на всеки 6 м	всяко посещение: клиничен преглед; Рьо-графия гр. Кош и изследване на храчка за БК – при показания;	Рьо-графии гр. кош - I изследвания на храчка за БК - I	3-4 3-4	не
	A15.6	Туберкулозен плеврит, потвърден бактериологично и хистологично	Пневмология и фтизиатрия	4-6 месеца	ежесмесен преглед 2 Рьо-графин гр. кош 2 изследвания на храчка за БК за периода на наблюдение	2 години след продължителна фаза на лечение	на всеки 6 м	всяко посещение: клиничен преглед; Рьо-графия гр. Кош и изследване на храчка за БК – при показания;	Рьо-графии гр. кош - I изследвания на храчка за БК - I	3-4 3-4	не
	A15.7	Гървична туберкулоза на дишащите органи, потвърдена бактериологично	Пневмология и фтизиатрия	4-6 месеца	ежесмесен преглед 2 Рьо-графин гр. кош 2 изследвания на храчка за БК за периода на наблюдение	2 години след продължителна фаза на лечение	на всеки 6 м	всяко посещение: клиничен преглед; Рьо-графия гр. Кош и изследване на храчка за БК – при показания;	Рьо-графии гр. кош - I изследвания на храчка за БК - I	3-4 3-4	не

	или гистологично потвърждаване			периода на наблюдение	2 години след продължителни а фаза на лечение	на всеки 6 м	всяко посещение: клиничен преглед; Ръо-графия гр. Кош - при показания;	Ръо-графия гр. кош - 1	3-4	не
A16.5	Туберкулозен плеврит без указания за бактериологично и хистологично потвърждаване	Пневмология и фтизиатрия	4-6 месеца	ежесмесен преглед 2 Ръо-графии гр. кош за периода на наблюдение	2 години след продължителни а фаза на лечение	на всеки 6 м	всяко посещение: клиничен преглед; Ръо-графия гр. Кош - при показания;	Ръо-графия гр. кош - 1	3-4	не
A16.7	Първична туберкулоза на дихателните органи без указание за бактериологично или гистологично потвърждаване	Пневмология и фтизиатрия	4-6 месеца	ежесмесен преглед 2 Ръо-графии гр. кош за периода на наблюдение	2 години след продължителни а фаза на лечение	на всеки 6 м	всяко посещение: клиничен преглед; Ръо-графия гр. Кош - при показания;	Ръо-графия гр. кош - 1	3-4	не
A16.8	Туберкулоза на други дихателни органи без указание за бактериологично или гистологично потвърждаване	Пневмология и фтизиатрия	4-6 месеца	ежесмесен преглед 2 Ръо-графии гр. кош за периода на наблюдение	2 години след продължителни а фаза на лечение	на всеки 6 м	всяко посещение: клиничен преглед; Ръо-графия гр. Кош - при показания;	Ръо-графия гр. кош - 1	3-4	не
A17	Менингеална туберкулоза	Пневмология и фтизиатрия / неврология	8 месеца	КАТ на мозъка / МРТ - 1 x	2 години след продължителни а фаза на лечение	на всеки 6 м	КАТ на мозъка / МРТ - при необходимост	1	2	
A18	Туберкулоза на костите и ставите	Пневмология и фтизиатрия / ортопедия	8 месеца	Ежесмесен преглед Ръо-графии на кост/става, КАТ / МРТ - 1 x	2 години след продължителни а фаза на лечение	на всеки 6 м	Ръо-графия на кост/става КАТ /МРТ	1 1	3-4 3-4	консултан ция с ортопед;
A18.1	Туберкулоза на пикочно-половите органи	Пневмология и фтизиатрия / урология	6 месеца	ежесмесен преглед 3 ехографии	2 години след продължителни а фаза на	на всеки 6 м	ехография	1	5	консултан ция с уролог

		Туберкулозна периферна лимфаденопатия	Пневмология и фтизиатрия	6 месеца	ежемесечен преглед	1 година след продължителна фаза на лечение	на всеки 6 м					не
	A18.2	Туберкулоза на червата, перитонеума и мезентериалните лимфни възли	Пневмология и фтизиатрия / гастроентерология	6 месеца	ежемесечен преглед 3 ехографии – ГЕ I KAT	1 година след продължителна фаза на лечение	на всеки 6 м	коремна ехография консултация ГЕ KAT	2 2 1	5 5 2	консултация ГЕ	
	A18.4	Туберкулоза на кожата и подкожната тъкан	Пневмология и фтизиатрия / дерматология	6 месеца	ежемесечен преглед 3 консултации дерматолог	1 година след продължителна фаза на лечение	на всеки 6 м	консултация дерматолог	2	5	консултация дерматолог	
	A18.5	Туберкулоза на окото	Пневмология и фтизиатрия / офталмология	6 месеца	ежемесечен преглед 2 консултации с офталмолог	2 години след приключване продължителна фаза на лечение	на всеки 6 м	консултация с офталмолог	2	4	консултация с офталмолог	
	A18.6	Туберкулоза на ухото	Пневмология и фтизиатрия / УНГ болести	6 месеца	ежемесечен преглед 3 консултации с УНГ	2 години след продължителна фаза на лечение	на всеки 6 м	консултация с УНГ специалист	2	5	консултация с УНГ специалист	
	A18.7	Туберкулоза на надбъбречите	Пневмология и фтизиатрия	6 месеца	ежемесечен преглед 3 ехографии I KAT	2 години след продължителна фаза на лечение	на всеки 6 м	коремна ехография консултация ендокринолог KAT	2 1 1	5 1 2	консултация ендокринолог	
	A18.8	Туберкулоза на други уточнени органи	Пневмология и фтизиатрия	6 месеца	ежемесечен преглед консултация специалист 3 ехокардиографии	2 години след продължителна фаза на лечение	на всеки 6 м	консултация специалист според локализацията (кардиолог и/или друг) ехоКГ	2 2	5 5	консултация кардиолог	
A19 Милиарна туберкулоза	A19.0	остра с една уточнена	Пневмология и фтизиатрия	8 месеца	ежемесечен преглед 2 Р-ео-графии гр. кош	2 години след продължителна фаза на лечение	на всеки 6 м	всяко посещение: клиничен преглед Р-ео-графия гр. Кош – при показания;	2 1	4 3-4	не	
	A19.1	локализация;										
	A19.2	остра с										
	A19.8	множествена										
	A19.9	локализация;										

		пътница		храчка за туберкулоза Културелно изследване на храчка за туберкулоза Рентгенография на гърден кош Туберкулинов кожен тест на Манту	3 1 1
Диагностика на контактен на туберкулоза	Z11.1 Z83.1 Z91.8	Специално скринингово изследване за откриване на туберкулоза на дихателните пътници В семейната анамнеза има други инфекциозни и паразитни болести В личната анамнеза има други уточнени рискови фактори, неklasифицирани другаде*	Пневмология и фтизиатрия	Първичен преглед Вторичен преглед Микроскопско изследване на храчка за туберкулоза** Културелно изследване на храчка за туберкулоза** Рентгенография на гърден кош Туберкулинов кожен тест на Манту	1 1 3 3 1 1

* Отнася се за контактните на работното място

Обем дейности по амбулаторно проследяване (диспансеризация) на болни с туберкулоза до 18 години

	Код по МКБ	Заболяване	Специалист	Наблюдение продължителност	Периодичност на прегледите	кл. преглед/ВСД/поясвк.	Изследвания*	брой	консултант и с специ/ВСД/*	брой
Туберкулоза на дихателните органи, потвърдена бактериологично и хистологично	A15.0	Туберкулоза на белите дробове, потвърдена бактериоскопично с наличие или отсъствие на културен растеж	1/2,3	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД; Туберкулинов тест на Манту; Рентгенография на бял дроб **	ПКС, диференциални о броеве и СУЕ	2	по преценка консултация с невролог, офталмолог, УНГ, нефролог, гастроентеролог	16-18
	A15.1	Туберкулоза на белите дробове, потвърдена само с културен растеж	1/2,3	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД; Туберкулинов тест на Манту; Рентгенография на бял дроб**	ПКС, диференциални о броеве и СУЕ	2		16-18
	A15.2	Туберкулоза на белите дробове, потвърдена хистологично	1/2,3	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД; Туберкулинов тест на Манту; Рентгенография на бял дроб**	ПКС, диференциални о броеве и СУЕ	2		16-18
	A15.3	Туберкулоза на белите дробове, потвърдена с неуточнени методи	1/2,3	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД; Туберкулинов тест на Манту; Рентгенография на бял дроб**	ПКС, диференциални о броеве и СУЕ	2		16-18
	A15.4	Туберкулоза на интраторакалните лимфи възли, потвърдена бактериологично и хистологично	1/2,3	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД; Туберкулинов тест на Манту; Рентгенография на бял дроб**	ПКС, диференциални о броеве и СУЕ	2		16-18
	A15.5	Туберкулоза на ларинкса, трахеята и бронхите, потвърдена бактериологично и хистологично	1/2,3	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД; Туберкулинов тест на Манту; Рентгенография на бял дроб**	ПКС, диференциални о броеве и СУЕ	2		16-18

Туберкулоза на дихателните органи, непотвърдена бактериологично или хистологично	A15.6	Туберкулозен плеврит, потвърден бактериологично и хистологично	1/2,3	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД; Туберкулинов тест на Манту; Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциално о брое и СУЕ	16-18	2
	A15.7	Първична туберкулоза на дихателните органи, потвърдена бактериологично и хистологично	1/2,3	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД; Туберкулинов тест на Манту; Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциално о брое и СУЕ	16-18	2
	A15.8	Туберкулоза на други дихателни органи, потвърдена бактериологично и хистологично	1/2,3	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД; Туберкулинов тест на Манту; Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциално о брое и СУЕ	16-18	2
	A16.0	Туберкулоза на белите дробове с отрицателни бактериологични и хистологични изследвания	1/2,3	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД; Туберкулинов тест на Манту; Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциално о брое и СУЕ	16-18	2
	A16.1	Туберкулоза на белите дробове без провеждане на бактериологични и хистологични изследвания	1/2,3	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД; Туберкулинов тест на Манту; Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциално о брое и СУЕ	16-18	2
	A16.3	Туберкулоза на интрагторакалните лимфни възли без указание за бактериологично или хистологично потвърждаване	1/2,3	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД; Туберкулинов тест на Манту; Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциално о брое и СУЕ	16-18	2

A16.4	Туберкулоза на ларинкса, трахеята и бронхите без указание за бактериологично или хистологично потвърждаване	1/2,3	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД; Туберкулинов тест на Манту; Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциални о броеве и СУЕ	16-18	2
A16.5	Туберкулозен плеврит без указание за бактериологично и хистологично потвърждаване	1/2,3	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД; Туберкулинов тест на Манту; Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциални о броеве и СУЕ	16-18	2
A16.7	Първична туберкулоза на дихателните органи без указание за бактериологично или хистологично потвърждаване	1/2,3	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД; Туберкулинов тест на Манту; Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциални о броеве и СУЕ	16-18	2
A16.8	Туберкулоза на други дихателни органи без указание за бактериологично или хистологично потвърждаване	1/2,3	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД; Туберкулинов тест на Манту; Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциални о броеве и СУЕ	16-18	2
A17.1	Менингеална туберкулома	1/2,3	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД; Туберкулинов тест на Манту; Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциални о броеве и СУЕ	16-18	2
A18.0	Туберкулоза на костите и ставите	1/2,3	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД; Туберкулинов тест на Манту; Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциални о броеве и СУЕ	16-18	2
A18.1	Туберкулоза на пикочно-половите органи		2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД; Туберкулинов тест на Манту; Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциални о броеве и СУЕ	16-18	2

A18.2	Туберкулозна периферна лимфаденопатия	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД, Туберкулинов тест на Манту, Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциалн о брое и СУЕ	16-18	2
A18.3	Туберкулоза на червата, перитонеума и мезентериалните лимфни възли	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД, Туберкулинов тест на Манту, Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциалн о брое и СУЕ	16-18	2
A18.4	Туберкулоза на кожата и подкожната тъкан	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД, Туберкулинов тест на Манту, Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциалн о брое и СУЕ	16-18	2
A18.5	Туберкулоза на окото	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД, Туберкулинов тест на Манту, Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциалн о брое и СУЕ	16-18	2
A18.6	Туберкулоза на ухото	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД, Туберкулинов тест на Манту, Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциалн о брое и СУЕ	16-18	2
A18.7	Туберкулоза на надбъбреците	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД, Туберкулинов тест на Манту, Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциалн о брое и СУЕ	16-18	2
A18.8	Туберкулоза на други уточнени органи	2 години	на всеки 3 месеца	БК до три отрицателни ФИД, Туберкулинов тест на Манту, Рентгенография на бял дроб**	ПКК, диференциалн о брое и СУЕ	16-18	2

Забележка 1

1. детска пневмология и фтизиатрия
2. педиатрия
3. пневмология и фтизиатрия

* Изследванията и консултациите се осъществяват по преценка на лекаря, водещ диспансерното наблюдение.

** на всеки 3 месеца до приключване на продължителната фаза на амбулаторно лечение, а след това на период от 6 месеца

Дейност	Код МКБ 10	Описание на четирите значаещи код по МКБ 10	Специалност, провеждащ прегледа	Клиничен преглед/ специализирани медицински дейности	Брой прегледи/специализирани мед. дейности
Амбулаторно проследяване на лице с латентна туберкулозна инфекция	Z03.0 Z11.1 Z29.2	Наблюдение при съмнение за туберкулоза Специално скринингово изследване за откриване на туберкулоза на дихателните пътища Друг вид профилактична химиотерапия	Детска пневмология и фтизиатрия/Педиатрия, Пневмология и фтизиатрия	Ежемесечен преглед за период от 6 месеца туберкулинов кожен тест на Манту (на 3-ия и 6-ия месец)	ППКК, диференциално броене и СУЕ
Диагностика на дете, контактно на туберкулоза	Z11.1 Z83.1 Z91.8	Специално скринингово изследване за откриване на туберкулоза на дихателните пътища В семейната анамнеза има други инфекциозни и паразитни болести В личната анамнеза има други уточнени рискови фактори, неklasифицирани другаде*	Детска пневмология и фтизиатрия/Педиатрия, Пневмология и фтизиатрия	Първичен преглед Вторичен преглед Рентгенография на гърден кош Туберкулинов кожен тест на Манту	1 1 1 1

*Отнася се за контактните деца в организирани колективи (детски заведения, домове, в училище и др.).

Критерии за определяне на общ финансов ресурс на лечебните заведения за болнична помощ, които осъществяват продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза и неспецифични белодробни заболявания

Общият финансов ресурс на лечебните заведения за болнична помощ, които осъществяват продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза и неспецифични белодробни заболявания, се определя както следва:

1. Общият финансов ресурс за всяко лечебно заведение, получавало субсидиране по Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2016 г., се формира на базата на наличния капацитет, формиран от броя на разкритите легла за продължително лечение на болни с туберкулоза и неспецифични белодробни болести и средна стойност на 1 легло по последни официални данни на НЦОЗА при минимум 70 % използваемост на легловия фонд.

2. Спрямо определения общ финансов ресурс за съответното лечебно заведения се прилага коефициент, както следва:

а) за лечение на деца – 1,5;

б) за продължаващо лечение на болни с туберкулоза – 1,5;

3. Предвиденият годишен финансов ресурс за отделните лечебни заведения не може да е по-малко от 80 % и повече от 120 % от размера на субсидията за 2016 г. за всяко от тях.

4. Годишният финансов ресурс се формира на тримесечие, като неизползваният ресурс за всяко тримесечие може да се изразходва през следващите тримесечия в рамките на общия годишен финансов ресурс.

Критерии за субсидиране за медицински дейности, извън обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, предоставяни на ветераните от войните

Министерство на здравеопазването субсидира лечебните заведения за медицински дейности, извън обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, предоставяни на ветераните от войните при спазване на следните критерии:

I. За прилагане на медицински изделия (изкуствени стави и остеосинтезни материали) при оперативни процедури в условията на спешност:

1. изпълнена и отчетена в НЗОК 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. наличие на травма или друго остро състояние или заболяване на костно-ставния апарат, предполагащо провеждането на оперативната процедура в условия на спешност;

3. необходимост от поставяне на изкуствена става с цена, надвишаваща заплащаните от НЗОК цени за „ставна протеза на тазобедрена става“ - 1080 лв., „ставна протеза на колянна става“ - 2700 лв. или необходимост от поставяне на остеосинтезен материал, който не се заплаща от НЗОК.

II. За прилагане на медицински изделия (очни лещи и вискосубстанция) при оперативно отстраняване на катаракта:

1. изпълнена и отчетена в НЗОК клинична пътека за оперативна процедура по отстраняване на катаракта

2. необходимост от инсерция на леща-протеза (псевдофакос);

3. поставяне на високоспециализирано медицинско изделие (очна леща и вискосубстанция), което не се заплаща от НЗОК.

III. За прилагане на медицински изделия (меш /платно за пластика на коремна стена) при оперативни процедури при хернии:

1. изпълнена и отчетена в НЗОК клинична пътека за оперативна процедура при хернии

2. необходимост от прилагане на високоспециализирано медицинско изделие (меш/платно за пластика на коремна стена);

3. поставяне на високоспециализирано медицинско изделие (меш /платно за пластика на коремна стена), което не се заплаща от НЗОК.

IV. За медико-диагностични дейности с прилагане на контраст, извън пакет „Образна диагностика“ от основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК:

1. необходимост от осъществяване на образно изследване с прилагане на контраст, удостоверено с Направление за МДД;

2. осъществено образно изследване, при което е необходимо прилагане на контрастен материал, който не се заплаща от НЗОК.

Критерии за определяне на общ финансов ресурс на лечебните заведения, които да бъдат субсидирани за поддържане на медицински регистри

I. Общият финансов ресурс за 2017 г. на лечебните заведения за дейности по системно събиране, съхранение, анализ, интерпретация и публикуване на данни за лицата със злокачествени новообразувания и карцином ин ситу за нуждите на Националния раков регистър, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, се определя на тримесечие в размер на 30 000 лв.

II. Общият финансов ресурс за 2017 г. на лечебните заведения за дейности по системно събиране, съхранение, анализ, интерпретация и публикуване на данни за лицата с диабет и предразположение към диабет, се определя на тримесечие в размер на 15 000 лв.

Критерии за субсидиране на дейности по дневни психорехабилитационни програми за жени, оперирани от рак на млечната жлеза

I. Лечебното заведение, получаващо субсидия за осъществяване на психорехабилитационни програми за жени, оперирани от рак на млечната жлеза, следва да е в състояние да осигури медицинска рехабилитация, в т. ч.:

1. Възстановяване двигателната активност на засегнатия горен крайник, последица от хирургичната интервенция - мускулна сила, мускулна разтегливост и еластичност, обем движение в раменна става, фини движения в ръка и пръсти:

1.1. преглед от лекар физиотерапевт, преценка на рехабилитационен потенциал, мануално мускулно тестване, сантиметрия, ъглометрия;

1.2. определяне на рехабилитационна програма по време на десет дневния престой.

2. Профилактика на лимфния застой и свързаните с него последици - нарушена двигателна активност, тежест и болка в ръката, еризипел на засегнатия крайник или гърда:

2.1. индивидуална и групов кинезитерапия;

2.2. лимфодренаж - апаратен и ръчен;

2.3. съвети за дейности от ежедневието - препоръчителни или не, с оглед профилактика на усложненията.

3. Възстановяване на общата двигателна активност и на доброто състояние на организма, преодоляване негативните ефекти от химио и лъчетерапията:

3.1. дихателна гимнастика;

3.2. разходки и теренно лечение на открито;

3.3. климатолечение;

3.4. диетично хранене;

3.5. хранителни добавки.

4. Рехабилитация и профилактика на последиците от активното лечение, химио- и лъчетерапията, адювантното лечение, в т. ч. ятрогенно предизвикани хронични заболявания, като:

а) диабет, метаболитен синдром, затлъстяване;

б) остеопороза;

в) менопауза;

г) кастрация, стерилитет;

д) депресии, неврози;

е) язва на стомаха и дванадесетопръстника;

ж) лимфостаза;

и) болка;

к) рехабилитация на дихателна система;

и) рехабилитация на сърдечно-съдовата система;

л) рехабилитация на имунна система.

II. Медицинската рехабилитация се осъществява в съответствие с Медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“ и индивидуалната рехабилитационна програма.

III. За нуждите на психорехабилитационните програми за жени, оперирани от рак на млечната жлеза, лечебното заведение следва да разполага с възможности за осъществяване на:

1. Психологическа рехабилитация:

В рамките на финансираната по реда на тази методика дейност двама клинични и консултативни психолози осигурят навременна психологическа помощ на 40 онкологично болни пациенти седмично. Психологическата работа е диференцирана в 40 индивидуални консултации и 4 групи (1 група - 10 души) за седмица.

Всеки пациент участва в една индивидуална и една групова терапия седмично.

Цели на дейността:

1. Стимулиране на рехабилитационния процес.
2. Понижаване на тревожността.
3. Овладяване на депресивната симптоматика:
 - а) подтиснато настроение;
 - б) снижени подтици;
 - в) загуба на интереси;
 - г) суицидни намерения и суициден риск.
4. Овладяване на кризисни ситуации.
5. Подобряване на социалното функциониране.

Очаквани резултати:

Възприемане на болестта като част от собствения живот, възприемане на промяната след оперативната интервенция, емоционално стабилизиране, което включва:

1. стимулиране на рехабилитационния процес;
2. понижаване на тревожността;
3. овладяване на депресивната симптоматика;
4. овладяване на кризисни ситуации;
5. подобряване на психичното функциониране, в това число:
 - 5.1. редуциране и премахване на страха от влошаване на състоянието и от неблагоприятен изход;
 - 5.2. емоционално стабилизиране;
 - 5.3. намаляване на съпътстващите лечението симптоми - като свръхчувствителност и други;
 - 5.4. по-добро възприемане на промяната след оперативната интервенция;
 - 5.5. подобряване качеството на живот;
 - 5.6. подобряване на самочувствието;
 - 5.7. възстановяване на ежедневния ритъм.
 - 5.8. мобилизиране на личностни ресурси по време на криза.
 - 5.9. насърчаване към изразяване на негативни емоции (емоционално вентилиране).

2. Социална рехабилитация:

2.1. Връщане към дейностите на ежедневния живот, социализация, създаване на сигурност по отношение факта, че не са белязани завинаги от заболяването, не са различни - принадлежност към обществото, сигурност, че заболяването е лечимо.

2.2. Занимания на открито.

2.3. Арт терапия-рисуване, приложни изкуства.

2.4. Трудотерапия чрез плетене, шиене, бродиране, градинарство, готварство.

2.5. Музикотерапия, цветотерапия.

3. Организиране на свободното време през 10-дневния престой, съчетаване на лечебната програма с развлечение:

- 3.1. организиране конкурс за изработени или нарисувани неща;
- 3.2. организиране конкурс по готварство;

3.3. занимателни игри в пригодена за това зала;

3.4. оформяне на библиотека, чрез препоръчани от пациентите книги, книги, които биха искали да споделят, литература, която биха искали да прочетат.

IV. Критерии за дефиниране на групата, подходяща за включване в дневна психорехабилитационна програма за жени след операция на рак на гърдата:

1. Жени след операция на рак на гърдата, приключили активното лечение, на адювантна терапия, най-рано 1 месец след оперативното лечение със зараснала оперативна рана.

2. Жени с класификация на тумора в I стадий, T1-T2, със или без лимфна дисекция - L0-L1, без далечни метастази M0.

3. Десетдневния период на лечение да е поне 10 дни след поредната химиотерапия, ако се провежда такава или 20 дни след последната лъчетерапия.

V. Необходими документи за постъпване на жената в програмата:

1. епикриза от операцията, с данни от имунохистохимия и хистология, указваща стадия на заболяването по международната класификация

2. епикриза от химио- или лъчетерапия (ако има) или документ от онколог, удостоверяващ терапията в момента;

3. ПКК (до 20 дни назад), кръвна захар, липиден статус, чернодробни проби, урея, креатинин;

4. туморен маркер за млечна жлеза CA15-3

5. ехография черен дроб - до 6 месеца назад.

6. остеоденситометрия - незадължително.

Критерии за субсидиране за дейности по осигуряване на диагностика, лечение и наблюдение на деца до отпадане на медицинския риск, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване:

Министерство на здравеопазването субсидира лечебните заведения за дейности по осигуряване на диагностика, лечение и наблюдение на деца до отпадане на медицинския риск, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, при спазване на следните критерии:

I. Деца, родени с недоносеност или екстремно ниско тегло без друг медицински риск до достигане на 2100 гр., когато продължителността на лечението и преходните грижи, навишава минималният престой, заплащан от НЗОК по клинични пътеки и клинични процедури за интензивно лечение.

II. Новородени деца със заболявания, налагащи лечение и преходни грижи до отпадане на медицинския риск с продължителност, навишаваща минималният престой, заплащан от НЗОК по клинични пътеки и клинични процедури за интензивно лечение.

1. Неврологични заболявания:

1.1. Деца след тежка перинатална асфиксия- хипоксично-ишемична енцефалопатия III и IV степен

1.2. Деца след масивни вътречерепни кръвоизливи усложнени с хидроцефалия

1.3. Тежки аномалии на ЦНС – отворена спина бифида

1.4. Значително засягане на ЦНС по други причини-менингоенцефалит, сепсис, вродени вирусни заболявания

1.5. Деца след клапно протезиране по повод на посткръвоизливна хидроцефалия

2. Белодробна патология

2.1. Тежка бронхопулмонална дисплазия изискваща продължително кислородолечение и инхалации

2.2. Аномалии на белите дробове след оперативна корекция и необходимост от продължително кислородолечение.

2.3. Ларингомалация, изискваща продължително хранене със сонда и кислородолечение.

3. Уста и стомашно-чревен тракт

3.1. Анатомични дефекти на твърдото и мекото небце-цепки изискващи хранене продължително време със сонда

3.2. Деца с анус претер след оперативни интервенции на гастроинтестиналния тракт по повод вродени аномалии и некротизиращ ентероколит.

3.3. Деца след операция на диафрагмална херния и необходимост от продължителна кислородотерапия и/или апаратна вентилация.

4. Урогинетална система

4.1. Задни уретрални клапи и хидронефрози.

4.2. Вродени бъбречни аномалии изискващи, продължително наблюдение

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

IV. Деца с увреждания и потребност от постоянни медицински грижи, настанени в Център за настаняване от семеен тип, изграден в рамките на проект „ПОСОКА“.

Дейностите включват:

1. първоначална оценка на здравното състояние на настанените деца;
2. периодична оценка на здравното състояние на настанените деца минимум веднъж седмично;
3. участие в изготвяне и актуализиране на план на медицинските грижи;
4. осъществяване на спешна консултативна помощ, диагностика и лечение;
5. съдействие за превеждане в лечебни заведения при необходимост от диагностика и лечение в структури с по-високо ниво на компетентност.

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

I. Обем и обхват на дейностите по процедура „Терапевтична афереза“

1. Продължителност на процедура „Терапевтична афереза“

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

- 1.1. минимален престой - 1 ден;
- 1.2. минимална продължителност на процедурата - 4 часа;
- 1.3. максимална продължителност на процедурата - 8 часа;
- 1.4. кратност на процедурата – от 1 път седмично до ежедневно;
2. Квалификация на екипа, провеждащ терапевтичната афереза:

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

2. Индикации за прилагане на „Терапевтичната афереза“

1. Остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилеи Баре)
2. Миастения
3. Множествена склероза
4. Невромиелитис оптики. Синдром на Devic
5. Токсикоза на бременността
6. Сепсис с мултиорганна недостатъчност
7. Автоимунни заболявания на бъбреците
8. Извършена трансплантация
9. Други заболявания, съгласно индикациите за приложение на терапевтичната афереза в съответствие с утвърдените в световната медицинска практика (ASFA – Guidelines, USA) и в националния консенсус на българските анестезиолози, публикувани в списание Анестезиология и интензивно лечение, 2014 г. кн.2.

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

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

- **89.51 МОНИТОРИРАНЕ ЧРЕЗ ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ - ПОСТОЯНЕН МОНИТОРИНГ ПО ВРЕМЕ НА ПРОЦЕДУРАТА.
- **89.63 АПАРАТНО МОНИТОРИРАНЕ НА АРТЕРИАЛНО НАЛЯГАНЕ – НЕИНВАЗИВНО ИЛИ ИНВАЗИВНО.
- **89.62 МОНИТОРИРАНЕ НА ЦЕНТРАЛНО ВЕНОЗНО НАЛЯГАНЕ-ПО ПОКАЗАНИЯ.
- **89.70 МОНИТОРИРАНЕ (ИЗМЕРВАНЕ И ИЗЧИСЛЕНИЕ) НА БАЛАНСНА ПРИЕТИ/ОТДЕЛЕНИ ТЕЧНОСТИ.
- **90.59 МОНИТОРИРАНЕ НА КРЪВНИ ПОКАЗАТЕЛИ - ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ.
- **88.72 ЕХОКАРДИОГРАФИЯ – ПО ПОКАЗАНИЯ.
- **89.65 АЛКАЛНО-КИСЕЛИННОТО СЪСТОЯНИЕ В ПРОБИ ОТ АРТЕРИАЛНА КРЪВ - ПО ПОКАЗАНИЯ.

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

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

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

Включва задължително всички посочени изследвания:

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

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

Хемокултура и антибиограма – по показания;

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

Образни изследвания – по показания;

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

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

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

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

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

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

***99.19 ПОСТОЯННА ИНФУЗИЯ НА АНТИКОАГУЛАНТИ В ЕКСТРАКОРПОРАЛНОТО КРЪВООБРЪЩЕНИЕ.**

***96.04 ЕНДОТРАХЕАЛНА ИЛИ НАЗОТРАХЕАЛНА ИНТУБАЦИЯ.**

***93.96 КИСЛОРОДНО ЛЕЧЕНИЕ.**

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

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

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

ТРАНСФУЗИЯ НА КРЪВ И КРЪВНИ КОМПОНЕНТИ – ПО ПОКАЗАНИЯ

***99.04 ТРАНСФУЗИЯ НА ЕРИТРОЦИТНА МАСА.**

***99.05 ТРАНСФУЗИЯ НА ТРОМБОЦИТЕН/ЛЕВКОЦИТЕН КОНЦЕНТРАТ.**

***99.06 ТРАНСФУЗИЯ НА ФАКТОРИ НА СЪСИРВАНЕ. ТРАНСФУЗИЯ НА**

РЕКОМБИНАНТНИ ФАКТОРИ.

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

*99.16 ТРАНСФУЗИЯ НА ГАМАВЕНИН – ПО ПОКАЗАНИЯ.

*99.14 ТРАНСФУЗИЯ НА ГАМА-ГЛОБУЛИН – ПО ПОКАЗАНИЯ.

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

*99.21 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИБИОТИК – ПРИ ПОКАЗАНИЯ.

*99.23 ИНЖЕКЦИЯ НА СТЕРОИД – ПРИ ПОКАЗАНИЯ.

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

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

Изключва:

*39.95 ХЕМОДИАЛИЗА.

*93.39 ФИЗИОТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ.

*93.94 АЕРОЗОЛНА ТЕРАПИЯ - ПО ПОКАЗАНИЯ.

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

B05BB01 Sodium chloride 0,9% 4 бр.

A04AA00 Na citrate /ACD-A 1000 мл./ 2 бр.

B01AB01 Heparin 25 000 IU 1 бр.

A12AA03 Calcium gluconate 10 ml 5 бр.

B05AA06 Succinylated galatine, Sodium chloride 2 бр.

Кръвни биопродукти

B05AA01 Human Albumin 20% 50 мл. 10 бр.

Прясно замразена плазма 250 мл. 3 бр.

Медицински изделия

1. Нанотехнологична мембрана

2. Сет за плазмафереза

3. Сет за цитофереза

4. Консумативи: централен венозен катетър, абокат, вен. система, трипътен кран, памук, спирт, дезинфекционен разтвор, стерилни ръкавици, марля, бинт, есмарх, спринцовки, самозалепващ пластир, електроди за монитор

5. Изисквания за завършеност на Процедура „Терапевтична афереза”

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

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

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

4. Изход от Процедура „Терапевтична афереза”

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

6. Критерии за дехоспитализация

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

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

II. Документиране на дейността по Процедура „Терапевтична афереза”:

1. Хоспитализацията на пациента се документира в “История на заболяването” на пациента (ИЗ)

3. Декларация за информирано съгласие (Образец № 1) – подписва се от родителя/настойника и е неразделна част от “История на заболяването”.

4. Основен документ за Процедура „Терапевтична афереза” е Протокол (Образец № 2). Този протокол се попълва при всяка проведена „Терапевтична афереза” и се съхранява в ИЗ на пациента.

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

за извършване на „Терапевтична афереза“

От:
 (име) (фамилия) (година)

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

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

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

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

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

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

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

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

Дата Час.....

(подпис).....

Това информирано съгласие се потвърждава съгласно изискванията на Закона за здравето.

ПРОТОКОЛ за извършване на процедура „Терапевтична афереза“

Име на пациента: год.....
 История на заболяване №...../.....2017 г. Телесно тегло..... кг. Ръст см.
 Клинична диагноза.....

Час												Бележки
Начало/Краи - х	170											
	160											
	150											
	140											
	130											
	120											
	110											
	100											
	90											
	80											
	70											
	60											
	50											
АН												
Пуле												
Сатурация на Нb (SPO2)												
ВЕР												
Хепарин												
ACD - A												
Хуман албумин												
ПЗП												
Са - глюкозат												
Баланс на терапевтична афереза или цитофереза												

Пункция на ПВП/ЦВП (вена/артерия):.....

Раб. налягане на входа на мембраната в mmHg :.....

Обем на обработена кръв в мл.

Обем на отделена плазма в мл.

Обем на отделени клетки (лимфоцитозереза, еритроцитозереза и др.)

Време на облъчана екстракорпорално кръв (фотофереза) в мин.

Дата:

Екип от :

/име, фамилия, подпис/

.....
/име, фамилия и подпис/

.....
/име, фамилия и подпис/

.....
/име, фамилия и подпис/

Министерство на здравеопазването субсидира лечебните заведения за дейности по провеждане на процедури по бъбречно-заместителна терапия, при спазване на следните критерии:

I. Обем и обхват на дейностите по процедура „Бъбречно-заместителната терапия“

Бъбречнозаместителната терапия (БЗТ) включват всички процедури по хемофилтрация и/или хемодиафилтрация, приложени по отделно или заедно с цел осъществяване на екстракорпорална депурация на метаболитни, токсични и инфламаторни фактори, както и противоедемна терапия, при пациенти в нестабилно /критично/ състояние, при които приложението на конвенционалните методи на депурация са невъзможни или рисковете от тях многократно превишават ползите.

1. Продължителност на процедура „Бъбречно-заместителна терапия“

Министерство на здравеопазването субсидира дейности по провеждане на продължителна бъбречно заместителна терапия, при:

- Минимална продължителност на процедурата - 12 часа
- Максимална продължителност на процедурата – 24 часа
- Кратност на процедурата – от 1 път седмично до ежедневно, но не повече от 72 часа непрекъснато

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

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

Остра бъбречна увреда:

1. Увеличаване на серумният креатинин с над 26,5 $\mu\text{mol/l}$ за период до 48ч.
или
2. Увеличение на серумния креатинин до 1.5 пъти над изходния /преди развитието на ОБН/
или
3. Диуреза под 0,5мл/кг/ч. за 6 часа.

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

1. 1,5-1,9 пъти увеличение на серумния креатинин спрямо изходния и/или диуреза под 0,5мл/кг/ч. за период от 6-12ч.
2. 2,0-2,9 пъти увеличение на серумния креатинин спрямо изходния и/или диуреза под 0,5 мл/кг/ч. за над 12 часа.
3. 3,0 пъти увеличение на серумния креатинин спрямо изходния или нива на серумен креатинин над 350 $\mu\text{mol/l}$, или стартиране на бъбречнозаместителна терапия при пациенти под 18 год. възраст при спад на GFR под 35мл/мин. при телесно повърхност от 1,73м² и/или диуреза под 0,3 мл/кг/ч. за над 24 часа или пълна анурия.
4. Клиничнозначим периферен /тъканен/ и/или белодробен застой с/без влошаване на газообмена, с/без необходимост от изкуствена белодробна вентилация.

5. Уремична енцефалопатия, уремичен перикардит, уремична невропатия/миопатия.
6. Тежка некорегируема медикаментозно диснатриемия /серумен Na^+ над 160 или под 115mmol/l/.

7. Тежка хипертермия

8. Медикаментозни интоксикации подлежащи на диализна депурация.

3. Основни процедури, изпълнявани в рамките на процедура „Бъбречнозаместителна терапия“

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

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

**89.63 АПАРАТНО МОНИТОРИРАНЕ НА АРТЕРИАЛНО НАЛЯГАНЕ - НЕИНВАЗИВНО ИЛИ ИНВАЗИВНО.

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

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

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

**88.72 ЕХОКАРДИОГРАФИЯ - ПО ПОКАЗАНИЯ.

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

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

**89.68 МОНИТОРИРАНЕ НА СЪРДЕЧЕН МИНУТЕН ОБЕМ - ПО ПОКАЗАНИЯ.

**89.66 МОНИТОРИРАНЕ НА САТУРАЦИЯТА НА ХЕМОГЛОБИНА С КИСЛОРОД.

Включва задължително всички посочени изследвания:

Мониториране на кръвни показатели: хемоглобин, хематокрит, брой еритроцити, кръвна захар, електролити в серум, брой левкоцити, диференциално броене, протромбиново време, брой тромбоцити, билирубин, урея, креатинин, общ белтък и албумин.
Трансаминази, вр. на кръвене, вр. на съсирване, aPTT, тромбоцити и други - по показания;

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

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

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

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

*99.08 ТРАНСФУЗИЯ НА ФИЗИОЛОГИЧЕН РАЗТВОР, КОЛОИД СЪДЪРЖАЩИ РАЗТВОРИ.

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

*99.19 ПОСТОЯННА ИНФУЗИЯ НА АНТИКОАГУЛАНТИ В ЕКСТРАКОРПОРАЛНОТО КРЪВООБРЪЩЕНИЕ.

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

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

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

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

***99.21 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИБИОТИК – ПРИ ПОКАЗАНИЯ.**

***99.23 ИНЖЕКЦИЯ НА СТЕРОИД – ПРИ ПОКАЗАНИЯ.**

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

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

Изключва:

***39.95 ХЕМОДИАЛИЗА.**

***39.97 ТЕРАПЕВТИЧНА АФЕРЕЗА**

54.98 Продължителна амбулаторна перитонеална диализа

54.98 Автоматична перитонеална диализа

***93.39 ФИЗИОТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ.**

***93.94 АЕРОЗОЛНА ТЕРАПИЯ - ПО ПОКАЗАНИЯ.**

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

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

4. Изисквания за завършеност на Процедура „Бъбречнозаместителна терапия“

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

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

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

5. Изход от Процедура „Бъбречнозаместителна терапия“

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

6. Критерии за дехоспитализация

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

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

II. Документиране на дейността по Процедура „Бъбречнозаместителна терапия“:

1. Хоспитализацията на пациента се документира в “История на заболяването” на пациента (ИЗ)

3. Декларация за информирано съгласие (Образец № 1) – подписва се от родителя/настойника и е неразделна част от “История на заболяването”.

4. Основен документ за Процедура „Бъбречнозаместителна терапия“ е Протокол (Образец № 2). Този протокол се попълва при всяка проведена „Бъбречнозаместителна терапия“ и се съхранява в ИЗ на пациента.

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

За извършване на Процедура „Бъбречно-заместителна терапия“:

От:

Име: Фамилия:

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

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

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

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

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

Дата:.....

(подпис).....

Това информирано съгласие се потвърждава съгласно изискванията на Закона за здравето.

ПРОТОКОЛ

За извършване на процедура „Бъбречно-заместителна терапия“:

Име на пациента: год.....

Диагноза:

ПВП/ЦВП: Раб. налягане:

Час																		Бележки
Начало/Край - х АН Пулс	170																	
	160																	
	150																	
	140																	
	130																	
	120																	
	110																	
	100																	
	90																	
	80																	
	70																	
	60																	
	50																	
ВЕР																		
Хепарин																		
Цитрат																		

Дата:

Екип:

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 (Приложение № 18):

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 (Приложение № 18), както следва:

1.1. Първоначалният размер на общият финансов ресурс за всяка болница за 2017г. се определя в зависимост от броя на обслужваното население и броя на преминалите през 2015 г. пациенти. След публикуване на официални статистически данни за броя на обслужваното население и броя на преминалите през 2016 г. пациенти, размерът на общият финансов ресурс се коригира в съответствие с данните за 2016 г.

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

критерий	коефициент
от 0 до 15 000 човека	1.50
от 15 001 до 30 000 човека	1.20
от 30 001 до 45 000 човека	0.90
над 45 000 човека	0.60.

1.3. Броят на преминалите пациенти през болницата се коригира с коефициент за преминали болни, формиран по следната скала:

критерий	коефициент
от 0 до 2 500 пациенти	1.50
от 2 501 до 5 000 пациенти	1.20
от 5 001 до 7 500 пациенти	0.90
над 7 500 пациенти	0.60.

1.4. Тежестта на всеки от двата критерия – брой обслужвано население и брой преминали болни, се изчислява по следните формули:

1.5. Тежест (обслужвано население) = Брой обслужвано население x Коефициент обслужвано население за всяко лечебно заведение / Сбора от произведенията (брой обслужвано население x коефициент обслужвано население) на всички лечебни заведения.

1.6. Тежест (преминали пациенти) = Брой преминали пациенти през 2015 г. x Коефициент преминали пациенти за всяко лечебно заведение / Сбора от произведенията (брой преминали пациенти през 2015 г. x коефициент преминали пациенти) на всички лечебни заведения.

1.7. Изчислява се средната претеглена тежест, както следва:

Средна претеглена тежест = (Тежест (обслужвано население) + Тежест (преминали пациенти) / 2

1.8. Конкретният размер на общият финансов ресурс за всяка от общинските болници се изчислява по следния начин:

Размер на общият финансов ресурс за 1 година = Средната претеглена тежест x Общия размер на сумата по бюджета на МЗ, определена за субсидиране на общински лечебни заведения за болнична помощ в труднодостъпни и/или отдалечени райони.

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.

3. За осигуряване на дейностите по продължително лечение в рамките на определения общ финансов ресурс лечебното заведение гарантира, че осигурява необходимия годишен брой легла за продължително лечение, определени както следва:

Годишен брой необходими легла = Максимален брой леглодни за 1 година /365.

Максимален брой леглодни за 1 година = общ финансов ресурс за 1 година в лв./цена на 1 леглоден продължително лечение 25 лв.

4. Размерът на предоставяната годишна субсидия се определя като относителен дял от определения общ финансов ресурс, съответен на относителния дял на броя на заетите легла от броя на леглата, определен по т.3 за календарната година.

Броят на заетите легла се определя, както следва:

Брой заети легла = брой отчетени леглодни на пациенти, преминали продължително лечение за заболявания по т.2/365.

Критерии за определяне на общ финансов ресурс на лечебните заведения за болнична помощ, за осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчен инсулт, които не се заплащат от бюджета на Националната здравноосигурителна каса

Общият финансов ресурс на лечебните заведения за болнична помощ за осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчно-съдови заболявания, които не се заплащат от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, се определя както следва:

1. Общият финансов ресурс за осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчен инсулт, които не се заплащат от бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г. се определя като произведение от сбора на определения за всяко лечебно заведение максимален прогнозен годишен брой случаи и средно претеглена цена на медицинските изделия за 1 интервенция, както следва:

1.1 максимален прогнозен годишен брой случаи, както следва:

1.1.1. За лечебните заведения по буква „А“ на Приложение № 17 – до 120;

1.1.2. за лечебните заведения по буква „Б“ на Приложение № 17 – до 100;

1.2. средно претеглена цена на медицинските изделия за 1 интервенция – 8 000 лв.

2. Общият финансов ресурс по т.1 се разпределя само между лечебните заведения по буква „А“ на Приложение № 17, пропорционално на сбора от максималния прогнозен годишен брой случаи за съответното лечебно заведение и максималния прогнозен годишен брой случаи на най-близко разположените до него лечебни заведения по буква „Б“ на приложение № 17.

3. В договора за субсидиране на лечебните заведения по буква „А“ на Приложение № 38 се посочват лечебните заведения по буква „Б“ на Приложение № 17, на които се осигуряват медицински изделия и определения прогнозен годишен брой случаи за всяко от тях.

4. Финансовият ресурс на лечебните заведения по буква „А“ на Приложение № 17 се разходва за осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на инсулт, които не се заплащат от бюджета на Националната здравноосигурителна каса за постъпили на лечение в същото лечебно заведение или в лечебните заведения по буква „Б“ на Приложение № 17 и посочени в договора по т.3.

5. Финансовият ресурс за всяко лечебно заведение по буква „А“ на Приложение № 17, се предоставя, както следва:

5.1. За осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на инсулт, които не се заплащат от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, лечебното заведение получава първоначална субсидия за първото шестмесечие на 2017 г. в размер на 50 на сто от общата сума на субсидията за лечебното заведение.

5.2. Размерът на субсидиите за следващите тримесечия се определя на база отчетени разходи за медицински изделия през предходния период, като общият размер на годишната субсидия на лечебното заведение не може да надвишава общия ѝ размер за това лечебно заведение, определен по реда на т.2.

6. Лечебните заведения по буква „А“ на Приложение № 17 предоставят по искане на лечебните заведения по буква „Б“ на Приложение № 17 и посочени в договора по т.3, медицински изделия за интервенционално лечение на инсулт, които не се заплащат от

Националната здравноосигурителна каса, при спазване на следната организация на заявяване и предоставяне:

6.1. Лечебните заведения по буква „Б“ на Приложение № 17 заявяват до 25 число на всеки последен месец от тримесечието до лечебните заведения по буква „А“ на Приложение № 17 необходимия им брой медицински изделия за следващото тримесечие до достигане на определения прогнозен брой случаи в т.1.1.2. Заявката се изготвя в два екземпляра, по един за всяко от лечебните заведения.

6.2. До 48 часа след постъпването на заявката лечебното заведение по буква „А“ на Приложение № 17 представя с приемо-предавателен протокол на лечебното заведение по буква „Б“ на Приложение № 17 заявените медицински изделия. Приемо-предавателният протокол се изготвя в два екземпляра, по един за всяко от лечебните заведения.

6.3. Лечебните заведения по буква „А“ на Приложение № 17 организират транспорта на медицинските изделия до лечебните заведения по буква „Б“ на Приложение № 17, ако е необходимо.

6.4. Лечебните заведения съхраняват по един екземпляр от заявките за медицински изделия и приемо-предавателен протокол.

6.5. В случай, че не бъде използвано цялото количество заявени и получени медицински изделия, лечебното заведение по буква „Б“ на Приложение № 17 връща останалото количество в лечебното заведение по буква „А“ на Приложение № 17, с приемо-предавателен протокол в два екземпляра - по един за всяка от страните.

7. В болничната аптека на лечебните заведения по букви „А“ и „Б“ от Приложение № 17 се съхранява информация за движението на медицинските изделия, осигурени по реда на методиката, в т.ч. и за пациентите, на които са приложени медицинските изделия и сроковете на годност на същите.

Специфични изисквания за субсидиране на дейности по интервенционално лечение на инсулт

Министерство на здравеопазването субсидира лечебни заведения, изпълняващи следните специфични изисквания за осъществяване на дейността по интервенционално лечение на инсулт:

А. Изисквания към организационните структури, дейности и човешки ресурси за осъществяване на дейността по интервенционално лечение на инсулт

1. Изисквания към структурите по спешна медицина

1. Структури

1.1. Лечебните заведения създават необходимата организация в структурите за оказване на спешна медицинска помощ в обхвата на специалността „Спешна медицина“ за осъществяване на спешна диагностика и лечение на инсулт, в т.ч. с необходимост от провеждане на интервенционално лечение:

1.1.1. Мултипрофилно или профилирано спешно отделение/ спешен мозъчно-съдов център (СО)

1.1.2. Спешен болничен комплекс (СБК)

2. Основни дейности

2.1. Всички дейности, свързани с диагностиката и лечението на пациенти с инсулт, в т.ч. оценка на възможностите за интервенционално лечение в структурите по спешна медицина, се извършват при спазване на медицински стандарт „Спешна медицина“ и настоящите изисквания.

2.1.1. Организацията следва да осигурява възможности за незабавна сортировка в СО/СБК и приоритетно извършване на клинични, лабораторни и образни изследвания, акуратна диагноза и своевременно приложение на диференцирано лечение.

2.1.2. Лечебните заведения въвеждат стандартизирани протоколи и диагностично-терапевтични алгоритми за поведение при пациенти с инсулт, които да позволят диагностициране и вземане на решение за лечение в рамките на 60 минути от приема на пациента.

2.1.2.1. В СО/СБК е необходимо да е налице протокол за поведение при остър инсулт, която да се спазва във всички случаи:

2.1.2.1.1. Процедура за сигнал за инсулт, съгласувана със съответния център за спешна медицинска помощ;

2.1.2.1.2. Процедура за осъществяване на контакт с лекар специалист преди пристигането на пациента;

2.1.2.1.3. Процедура за предварително информиране на лабораторията и структурата по образна диагностика;

2.1.2.1.4. Процедура за спешен достъп до образни изследвания с приоритет на пациентите с остър инсулт.

2.1.2.2. В лечебното заведение следва да е налична система за бърз достъп на лекуващия екип до резултатите от образните и лабораторните изследвания – болничен интранет

2.1.2.3. Лечебното заведение следва да осигури обучение по процеса на лечение на инсулт за лекари и сестри от спешното отделение и персонала, отговорен за разпределяне на пациентите минимум 2 пъти годишно.

2.2. Специфичните дейности, свързани с диагностично-лечебния алгоритъм при пациенти с остър мозъчен инсулт.

2.2.1 Всички пациенти със съмнение за остър инсулт или транзиторна исхемична атака (ТИА) трябва да бъдат пълно изследвани, вкл. прецизна анамнеза за началото на мозъчно-съдовия инцидент – с развитие на огнищна неврологична симптоматика или без такава, с или без общомозъчна симптоматика:

2.2.1.1 Соматичен статус (включително двустранно измерване на артериалното налягане, пулс, сърдечен ритъм - ЕКГ, кислородна сатурация);

2.2.1.2 Неврологичен статус

2.2.1.2.1. Поставянето на първоначалната диагноза трябва да се осъществи от лекар специалист, преминал обучение за оценяване на остър инсулт – попълване на протокол за бърза селекция на пациентите.

2.2.1.2.2. Лекарите в СО трябва да съдействат на лекаря по т.2.2.2. за извършването на бърза и точна преценка на всички пациенти с остър инсулт;

2.2.1.2.3. Тежестта на инсульта трябва да се оцени и документира от специалист, преминал обучение за използване на стандартизирани скали (за оценка на тежестта на неврологичните симптоми NIHSS, за оценка на съзнанието GCS, при CAX – скалата Hunt и Hess).

2.2.1.3 Образни изследвания:

2.2.1.3.1. На всички пациенти с предполагаем инсулт трябва да се проведе по спешност КТ на глава или МРТ по преценка на консултант специалист по инсулти.

2.2.1.3.2. В случаите, в които се провежда МРТ, последната задължително трябва да включва diffusion weighted imaging (DWI) и T2*-weighted gradient echo sequence.

2.2.1.3.3. При болни със съмнение за ТИА, леки ИМИ или такива със спонтанно подобряващи се симптоми се провеждат незабавно образни изследвания включително такива на мозъчните съдове (ултразвуково изследване- дуплекс сонография на магистрални мозъчни съдове, КТ – ангиография или МРТ - ангиография)

2.2.1.3.4. Провеждането на дигитална субтракционна ангиография (ДСА) може да се използва при показания за интервенционално лечение и в редки случаи при определени обстоятелства, когато други изследвания не са възможни или са неинформативни.

2.2.1.3.5. Повторен КТ или МРТ на главен мозък и повторно снемане на статус трябва да се извършат в случай, че състоянието на пациента се влоши;

2.2.1.4 Лабораторни изследвания

2.2.1.4.1. Тези изследвания трябва рутинно да се провеждат на всички пациенти с предполагаем остър инсулт: ПКК с диференциално броене, електролити, бъбречна функция, чернодробна функция, липиден профил, СУЕ и/или С-реактивен протеин, кръвно-захарни нива, коагулационен статус. При необходимост кръвна група.

3. Препоръчителни времеви интервали (по АНА/ASA) за провеждане на съответните дейности:

3.1. Време от хоспитализацията до започване на лечението до 60 min

3.2. Време от хоспитализацията до провеждане на образно изследване до 25 min

3.3. Време от хоспитализацията до получаване на лабораторните показатели до 45 min

4. Индикатори за проследяване на качеството – ниво СО/СБК

4.1. За проследяване на качеството на структурите за болнична медицинска помощ – ниво СО/СБК, осъществяващи медицински дейности от обхвата на дейността по лечение на остри мозъчни инсулти“ се използват следните индикатори:

4.1.1. Процент на пристигналите в рамките на времевия прозорец за реперфузионна терапия (4,5 часа за ИВТ, 6 часа за интервенционално лечение)

4.1.2. Процент на обажданията на спешна медицинска помощ

- 4.1.3. Процент на контакт между спешна медицинска помощ и лекаря специалист по инсульт преди пристигането в болницата
- 4.1.4. Процент на прилагане на скалите NIHSS, GCS, Hunt и Hess
- 4.1.5. Определяне на времеви параметри:
 - 4.1.5.1. между пристигането в болницата и първия контакт с медицински специалист
 - 4.1.5.2. между пристигането в болницата и вземането на първата кръвна проба
 - 4.1.5.3. между вземането на първата кръвна проба и получаването на лабораторните резултати от лекаря, вземащ решение („процедура за кръвно изследване”)
 - 4.1.5.4. между пристигането в болницата и получаването на лабораторните резултати от лекаря, вземащ решение („време от хоспитализацията до получаване на лабораторните резултати”)
 - 4.1.5.5. между пристигането в болницата и консултацията с лекар специалист („време от хоспитализацията до консултацията с лекар специалист ”)

II. Изисквания към специализираните структури за интервенционално лечение на мозъчен инсульт

- 1. Лечебните заведения са длъжни да осигурят условия за осъществяване на специализираното интервенционално лечение на пациенти с остър мозъчен инсульт в съответствие с посочените изисквания и изискванията на медицинските стандарти по „Нервни болести“, „Неврохирургия“ и „Образна диагностика“.
- 2. За осъществяване на специализираното интервенционално лечение на пациенти с остър мозъчен инсульт лечебното заведение следва да осигури функционирането на Високотехнологичен мозъчно-съдов център (ВМСЦ), отговарящ на следните изисквания.
 - 2.1. Изисквания към организацията
 - 2.1.1. Със заповед на ръководителя на лечебното заведение се създава на функционален принцип Високотехнологичен мозъчно-съдов център, при наличие на всяко едно от посочените условия в т.2.2.
 - 2.1.2. Със заповедта по т.2.1.1. се определя ръководител на Високотехнологичния мозъчно-съдов център, отговорен за цялостната организация на дейността по интервенционално лечение на пациенти с остър мозъчен инсульт.
 - 2.1.3. За осигуряване на дейността във Високотехнологичния мозъчно-съдов център се формират мултидисциплинарни екипи от специалисти от следните специалности: нервни болести, неврохирургия, анестезия и интензивно лечение, образна диагностика, физикална и рехабилитационна медицина.
 - 2.2. Изисквания към структурата:
 - 2.2.1. Високотехнологичният мозъчно-съдов център следва да е осигурен с функциониращи на територията на лечебното заведение:
 - 2.2.1.1. Клиника/отделение по анестезиология и интензивно лечение - III-то ниво на компетентност;
 - 2.2.1.2. Клиника/Отделение по нервни болести III-то ниво на компетентност или Клиника/Отделение по неврохирургия - III-то ниво на компетентност;
 - 2.2.1.3. Клиника/отделение по кардиология - III-то ниво на компетентност и/или Клиника по съдова хирургия III-то ниво на компетентност;
 - 2.2.1.4. Клиника/отделение по образна диагностика - II или III-то ниво на компетентност;
 - 2.2.1.5. Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина - III-то ниво на компетентност;

- 2.2.1.6. Клинична лаборатория - III-то ниво на компетентност;
- 2.2.1.7. Ангиографска апаратура с денонощен екип 24/7;
- 2.2.1.8. КТ, КТ мулти-слайс с денонощен екип 27/7;
- 2.2.1.9. Специализирано невросонологично оборудване (цветен дуплекс сонограф с възможност за мултимодално доплерово мониториране) и лекар с придобита квалификация по невросонология;
- 2.2.1.10. МРТ с възможност за дифузия, перфузия, МРА
- 2.2.1.11. Неврохирургична операционна и неврохирургичен екип на повикване при усложнения на разположение 24/7.;
- 2.2.2. Устройството и обзавеждането на помещенията са съобразно специфичните здравни изисквания и действащия стандарт „Нервни болести“, „Неврохирургия“, „Анестезия и интензивно лечение“, „Образна диагностика“ и „Физикална и рехабилитационна медицина“.
- 2.3. Изисквания към апаратурата:
- 2.3.1. Компютърна томография (КТ)
- 2.3.1.1. възможност за провеждане до 25 минути и осъществяване на КТ-ангиография.
- 2.3.1.2. сензитивност и специфичност при оценка на екстракраниална съдова патология и визуализиране на мозъчни аневризми близо 100%.
- 2.3.1.3. Наличие на спирален мултисрезов компютърен томограф (КТ) с изключително висока пространствена и темпорална резолюция (минимални изисквания):
- 2.3.1.3.1. обхват на скениране – възможност за скениране на минимум 150 см с най-висока пространствена резолюция (по-добра от 0,4 мм) за по-малко от 20 сек. Това е важно за извършване на КТ-Ангиографии от гръдната аорта до периферните съдове или скениране от главата през шийните прешлени до таза с едно скениране в рамките на 20 сек. – времето за едно задържане на дъха.
- 2.3.1.3.2. покритие включително ЕКГ-синхронизация – възможност за скениране на целия торакс в рамките на по-малко от 20 сек. с ЕКГ синхронизация за разграничаване на трите най-типични причини за болки в гърдите (инфаркт на миокарда, белодробна емболия и дисекция на аортата).
- 2.3.1.3.3. максимална мощност и скорост на охлаждане на рентгеновата тръба за изследване на пациенти с висок индекс на телесна маса по-голяма от едно стандартно отклонение над средното, за да се премахне цикъла на охлаждане на рентгеновата тръба.
- 2.3.1.3.4. обработка на образите с най-добрите в индустрията стандартни възможности и алгоритми и софтуер за реконструиране
- 2.3.1.3.5. системата трябва да включва хардуер и софтуер, които да позволяват диференциация на тъкани, чрез използване на различни стойности на kV на тръбата при едно скениране. Това позволява да се разграничават съдове, съдържащи контрастно вещество, от костна тъкан и да се диференцират високоплътни лезии, поради контрастното вещество, от хиполипидни области.
- 2.3.1.3.6. ефективни и лесни за използване параметри за модулация на дозата на рентгеновата тръба и софтуер за всички части на тялото и повечето техники на изследване – по-специално за изследвания на интервенционални КТ функции.
- 2.3.1.3.7. DICOM 3.0 интерфейс, с DICOM функции - Send, -Receive, -Query/Retrieve, -Basic print, -Get Worklist, -Storage Commitment (SC), DICOM MPPS
- 2.3.1.3.8. двуглав инжектор с автоматично приложение на контраст
- 2.3.1.3.9. интегрирано в системата регистриране и безкабелно прехвърляне на физиологични параметри (ЕКГ, пулс, дишане)

2.3.2. ЯМР

2.3.2.1. възможност за провеждане до 2 часа и осъществяване на:

2.3.2.1.1. ЯМР дифузия - техниката регистрира >90% от острите исхемии още в първите минути след инцидента и има своята стойност при определяне на механизма на възникването им;

2.3.2.1.2. МР артериография - сензитивност и специфичност при оценка на екстракраниална каротидна патология съответно 86% и 98%; визуализиране на интракраниални аневризми >5мм с прецизност >85%;

2.3.2.1.3. МР венография - ефективна неинвазивна техника за диагностициране на венозна тромбоза.

2.3.2.2. Система за магнитно-резонансни изследвания 1,5 Т и/или 3 Т с висока резолюция и магнит с висока проводимост и хомогенност на полето, високопроизводителен градиент и мултиканална радиочестотна подсистема, окомплектован с:

2.3.2.2.1. модул за дистанционно мониториране на пациента,

2.3.2.2.2. МР обдържач апарат,

2.3.2.2.3. МР инжектор,

2.3.2.2.4. фарадеева клетка,

2.3.2.2.5. озвучителна система.

2.3.2.2.6. Високопроизводителна Градиентна Система, Радиочестотна подсистема, Интерактивно изобразяване в реално време над 16 кадъра/сек.,

2.3.2.2.7. Разширени МР ангио изследвания при 2D и 3D динамичен образ, без загуба на пространствената резолюция.

2.3.2.2.8. МР флуоро тригерирана ангиография позволяваща бързо превключване от 2D МР ангиография с контрастно изследване в реално време в 3D режим за по-малко от 1 сек.,

2.3.2.2.9. МР ангиография с висока темпорална и пространствена резолюция. Техника, елиминираща артефактите, причинени от движение на пациента по време на получаване на образи при изследване на глава

2.3.2.2.10. Възможност за Diffusion Tensor Imaging – опционално

2.3.2.2.11. Възможност за Diffusion Tractography – опционално

2.3.2.2.12. Техника за динамична контрастна перфузия на мозъка

2.3.2.2.13. Интегриране на системата за ЯМР в болничната мрежа и мрежата за пренос на медицински образни данни /HIS/RIS/PACS/, DICOM worklist Server class , теглене на пациентните данни от болничната мрежа,

2.3.2.2.14. възможност за автоматична връзка с HIS/RIS/PACS и информация за данните, изтеглени от пациентния архив.

2.3.2.2.15. анестезиологичен апарат валидиран за работа в условията на магнитно поле с интегриран монитор, отговарящ на следните задължителни изисквания:

2.3.2.2.15.1. Валидиран за работа в условията на магнитна среда до 300 Gauss, при магнитно поле 1.5T и 3T;

2.3.2.2.15.2. Интегриран устойчив на магнитно поле монитор (Gauss alarm); Дизайн - Малък, нисък, компактен, за удобство при работа в процедурното помещение на ЯМР.; Защитна система против подаване на хипоксична смес; Автоклавируема пациентна дихателна система; Автономно захранване от вградена батерия за минимум 45 минути работа след пълно зареждане.

2.3.3. Конвенционална ангиография

2.3.3.1. възможност за провеждане до 60 минути; сериозни усложнения $\leq 2\%$.

- 2.3.3.2. наличие на стационарна ангиографска система с:
 - 2.3.3.2.1. Еднопланово С-рамо, монтирано на пода
 - 2.3.3.2.1.1. Дълбочина на С- рамото Мин. 92 см
 - 2.3.3.2.1.2. Ротация на L - рамото Мин. 35 °
 - 2.3.3.2.1.3. LAO / RAO ротация Мин. +/- 120 °
 - 2.3.3.2.1.4. Скорост на LAO / RAO ротация Мин. 25 ° /сек.
 - 2.3.3.2.1.5. CRAN/CAUD ротация Мин. +/- 45 °
 - 2.3.3.2.1.6. Скорост на CRAN /CAUD движение Мин. 18 ° /сек.
 - 2.3.3.2.1.7. Запометени програми за позициониране Мин. 55
 - 2.3.3.2.1.8. Защита от колизии
 - 2.3.3.2.1.9. Автоматично позициониране на статива на база референтен образ.
 - 2.3.3.2.2. Пациентска маса:
 - 2.3.3.2.2.1. Дължина Мин. 280 см
 - 2.3.3.2.2.2. Минимална товароносимост Мин. 275 кг
 - 2.3.3.2.2.3. Надлъжно движение на масата Мин. 120 см
 - 2.3.3.2.2.4. Скорост на надлъжното движение Мин. 150 мм/сек
 - 2.3.3.2.2.5. Напречно движение на масата Мин. +/- 17 см
 - 2.3.3.2.2.6. Вертикално движение на масата Мин. 790-1050 мм
 - 2.3.3.2.2.7. Устройствата за управление на системата с възможност за монтаж от двете страни на масата
 - 2.3.3.2.2.8. Ротация на масата Мин. +/- 90 °
 - 2.3.3.2.2.9. Контролът на движението на С-рамото, масата и колиматора, на скопичните и графични режими, и на записа на скопия да се извършват от масата
 - 2.3.3.2.3. Дигитално изображение / режими и постобработка
 - 2.3.3.2.3.1. Дигитална субтракционна ангиография / DSA Мин. 30 кадъра/сек.
 - 2.3.3.2.3.2. Ротационна DSA Автоматизирана
 - 2.3.3.2.3.3. Дигитална ротационна ангиография / DR Мин. 30 кадъра/сек.
 - 2.3.3.2.3.4. Периферна дигитална ангиография
 - 2.3.3.2.3.5. Възможност за интраартериални интервенции при остро нарушение на мозъчното кръвообращение
 - 2.3.3.2.3.6. Roadmap
 - 2.3.3.2.3.7. Софтуер за анализ на съдове с диаметър 0.5 мм – 50 мм, количествено измерване на стеноза
 - 2.3.3.2.3.8. Софтуер за анализ на лява камера, калкулация на фракция на изтласкване
 - 2.3.3.2.3.9. Софтуер за анализ на коронарни съдове, измерване на стеноза чрез геометрични и денситометрични калкулации
 - 2.3.3.2.3.10. Софтуер за триизмерни реконструкции на коронарни съдове с определяне нивото на стеноза, измерване на разстояние и диаметър
 - 2.3.3.2.3.11. Възможност за подобряване на остротата и контраста на образа в режим на скопия и при запис
 - 2.3.3.2.3.12. Обработки на образа (contrast, brightness, subtraction, landmarking, pixel shift, zoom, негатив/позитив и др.)
 - 2.3.3.2.3.13. Задаване на анотации
 - 2.3.3.2.3.14. Възможност за преглед на образите при бавна скорост, кадър по кадър, напред и назад
 - 2.3.3.2.3.15. Възможност за запис на серии скопични образи

- 2.3.3.2.3.16. Софтуерен пакет за количествени измервания на ъгли, дължини, количествена калибрация и др.
- 2.3.3.2.3.17. Онлайн образна памет при максимална матрица и степен на сивата скала мин. 50 000 образа
- 2.3.3.2.3.18. Архивиране на изследванията на CD/DVD в DICOM фор
- 2.3.3.2.3.19. Пълни DICOM функционални възможности (storage, print, query, retrieve)
- 2.3.3.2.3.20. Възможност за включване в болнична информационна система
- 2.3.3.2.4. Система за мониториране на пациентните физиологични параметри
- 2.3.3.2.4.1. Вграден ЕКГ модул Мониториране на мин. 2 отвеждания
- 2.3.3.2.4.2. Запис и изобразяване на артериално налягане мин. 3 инвазивни
- 2.3.3.2.4.3. Анализ данни от измерване на наляганията за: ударен обем, изчисление на кръвотока и др
- 2.3.3.2.4.4. Възможност за архивиране на DVD
- 2.3.3.2.4.5. Подробен хемодинамичен анализ, рапорти
- 2.3.3.2.5. Високо специализирана работна станция за постпроцесинг състояща се от хардуер и софтуер за 3D real-time обемни реконструкции. DICOM 3.0 съвместима.
- 2.3.3.2.5.1. Софтуер за планиране и изпълнение на емболизации.
- 2.3.3.2.5.2. Софтуер за анализ на аневризми и виртуално стентирание обвързано със сегментиране на интракраниални аневризми, включващо определяне на обем, височина, дължина, диаметър за целите на виртуалното планиране
- 2.3.3.2.5.3. Софтуер за наслагване на цветни 3D обеми с конвенционални флуоро, както и с субтрахирани флуоро образи/филми
- 2.3.3.2.5.4. Софтуер за прединвазивно планиране на лечението 3D - real-time интегриран водач за интервенционални процедури като вертебропластика,.
- 2.3.3.2.5.5. DSA и високоскоростен преглед на нативни и субтрахирани образи
- 2.3.3.2.5.6. Софтуер за визуализиране и анализ на кръвния ток и перфузията на изследвания орган и зони на интерес. Визуализиране чрез цветна карта на целия орган и графики за анализ на зоните на интерес.
- 2.3.4. Ултразвукова (УЗ) диагностика на екстракраниални съдове посредством дуплекс сонограф - сензитивност и специфичност при оценка на хемодинамично значими лезии на каротидните артерии 85 до 90%.
- 2.3.4.1. Транскраниален доплер - за диагностициране на съдови стенози, оклузии и спазъм, реканализация след тромболитична терапия.
- 2.3.4.2. Ехограф с възможност за Трансторакална и трансезофагеална ехокардиография - предвид значителния процент кардиоемболична генеза на инсултите; регистрира наличие на тромби, клапна патология, оценка на левокамерна функция и т.н.
- 2.3.4.3. Дуплекс сонографи за невроизобразяване на мозъчни съдове, съгласно стандарт „Нервни болести“
- 2.4. Осигуреност с консумативи и медицински изделия
- 2.4.1. Необходими консумативи:
- 2.4.1.1. Сет за диагностична мозъчна ангиография включващ: покривен сет, 2 панички за контраст и серум, артериален интродюсер, диагностичен катетър, хидрофилен водач - 0,035“
- 2.4.1.2. Интервенционален интродюсер (дезиле) – 90 или 100 см; 6,7,8 Fr
- 2.4.1.3. Въвеждащ катетър за дълбока катетеризация на каротис интерна - позволяващ преминаването на тромбаспитатор и/или УСЕТ.
- 2.4.1.4. Твърди обменни водачи тип Амплац (Amplatz superstiff) 0,035“

- 2.4.1.5. Въвеждащ катетър с балон за окузия по време на аспирация
- 2.4.1.6. Тромб-Аспирационни катетри за интракраниална тромбаспирация
- 2.4.1.7. Интервенционни водачи предназначени за навигация на интракраниалната циркулация – 0,014"
- 2.4.1.8. Микрокатетри за навигация на интракраниалната циркулация
- 2.4.1.9. Устройство за стент-асистирана тромбекстракция (UCET) , англ. Stent retrievers. със доставящ катетър
- 2.4.1.10. Фибринолитик за интраартериална употреба rTPA
- 2.4.1.11. Устройство за затваряне на достъпа през а. феморалис

2.5. Изисквания към персонала:

2.5.1. Ръководен персонал

2.5.2. За Ръководител на обособения на функционален принцип Високотехнологичен мозъчно-съдов център се определя лекар с призната специалност по нервни болести или неврохирургия с опит в диагностицирането и лечението на мозъчно-съдовите заболявания над 5 години, с участие в квалификационни курсове и наличие на научни публикации по темата. Необходимо е да бъде на разположение 24/7 за изпълнение на своите ръководни функции по отношение на медицинските и административни въпроси и активно да сътрудничи на диагностично-терапевтичния процес.

2.5.3. На ръководителят на Високотехнологичния мозъчно-съдов център следва да бъдат възложени следните задължения:

2.5.3.1. да планира, организира, контролира и отговаря за цялостната дейност на функционално обособената структура;

2.5.3.2. да контролира качеството и своевременността на дейностите, съответстващи на изискванията на добрата медицинска клинична практика;

2.5.3.3. да участва в преките дейности на структурата;

2.5.3.4. да развива необходимите организационни връзки между функционално обособената структура с останалите структурни звена на лечебното заведение;

2.5.3.5. да осъществява контрол върху стриктното спазване на вътрешните алгоритми и протоколи, свързани с дейността;

2.5.3.6. да изработва програма за контрол върху качеството и ефективността на дейността;

2.5.3.7. да управлява следдипломното обучение и продължителната квалификация на медицинските специалисти в центъра, изготвя план-програма за квалификация на лекари и медицински сестри;

2.5.3.8. да отчита дейността регулярно, базирайки се на посочените качествени критерии.

2.5.4. Мултидисциплинарен екип:

2.5.4.1. Невролог - препоръчва се да има ≥ 1 дежурен невролог, при невъзможност- да има такъв на повикване (на място до 45мин):

2.5.4.2. Неврохирург - препоръчва се да има дежурен неврохирург, екип на повикване (на място до 30мин); минимална годишна активност от ≥ 10 краниотомии за клипсиране на мозъчни аневризми ;

2.5.4.3. Съдов хирург (в случай, че хирургичната интервенция върху екстракраниални съдове не се осъществяват от неврохирург);

2.5.4.4. Интервенционален/ендоваскуларен специалист;

2.5.4.5. Специалист по анестезиология и интензивно лечение;

2.5.4.6. Кардиолог;

2.5.4.7. Лекар-специалист по физикална и рехабилитационна медицина

2.5.4.8. Рехабилитатори - за целите както на острия, така и на възстановителния период; с възможности за провеждане на физикална терапия и рехабилитация (вкл. говорна);

2.5.4.9. Медицински сестри - провели обучение за грижите при неврологично болни с остър инсулт, използваните скали за оценка на състоянието, протоколите за наблюдение и лечение; старша мед. сестра;

2.5.4.10. Социален работник.

2.5.5. Минимално зададените изисквания към мултидисциплинарния екип включват:

2.5.5.1. Теоретична и практическа подготовка по диагностика и лечение на мозъчен инсулт, интерпретация на мозъчна ангиография, други невроизобразяващи методики под наблюдение на преподаватели по нервни болести, неврохирургия и неврорадиология за период от шест месеца, в рамките на специалността

2.5.5.2. Технически умения и квалификация на лекарите, осъществяващи интервенционалното лечение:

2.5.5.2.1. Документирано обучение, свързано с диагностика и лечение на мозъчния инсулт поне 16 часа на две години

2.5.5.2.2. предходен опит с катетър артериография с поне 100 мозъчни ангиографии.

2.6. Изисквания към процеса на осъществяване на дейността:

2.6.1. Интервенционално лечение

2.6.1.1. Терапевтични методи, за избор на лечение при ОИМИ в зависимост от съдовия басейн и давността на инцидента

Клиничен проблем	Критерии	Метод
Остра оклузия на СМА – М1	1.Противопоказания за венозна фибринолиза: до 6-ия час от начало на симптомите	Тромбектомия или Суперселективна интра-артериална фибринолиза
Остра оклузия на а. базиларис	1. Противопоказания за венозна фибринолиза: до 6 /по изключение до 8 / часа от поява на симптомите	Тромбектомия или Суперселективна интра-артериална фибринолиза
Остра оклузия на Вътрешна Каротидна Артерия	1.Противопоказания за венозна фибринолиза: до 6-ия час от начало на симптомите	Тромбектомия или Суперселективна интра-артериална фибринолиза
Остра оклузия на СМА – М1, след неуспешна интравенозна фибринолиза	1.Противопоказания за венозна фибринолиза: до 6-ия час от начало на симптомите	Бриджинг: ИВТ/ Тромбектомия или ИВТ/Суперселективна интра-артериална фибринолиза
Остра оклузия на а. базиларис след неуспешна	1. Противопоказания за венозна	Бриджинг- ИВТ/ Тромбектомия или

интравенозна фибринолиза	фибринолиза: 2. до 6 /по изключение до 8/ часа от поява на симптомите	ИВТ/Суперселективна интра-артериална фибринолиза
Остра оклузия на Вътрешна Каротидна Артерия след неуспешна интравенозна фибринолиза	1.Противопоказания за венозна фибринолиза 2. до 6-ия час от начало на симптомите	Бриджинг- ИВТ/ Тромбектомия или ИВТ/Суперселективна интра-артериална фибринолиза

2.6.1.2. Тромбектомия

2.6.1.2.1. Механична тромбектомия, като добавка към интравенозната тромболиза (ИВТ) през първите 4,5ч, когато е приложима, е препоръчана за лечение на остри инсулти с оклузии на големи артерии в предната циркулация до 6 ч. от началото на симптомите

2.6.1.2.2. Механичната тромбектомия не трябва да пречи на започването на интравенозната тромболиза, когато е показана, но преценката за избор на механичната тромбектомия пред ИВТ в рамките на 4.5 часа от началото на симптомите остава на мултидисциплинарния екип в зависимост от оклудирания артериален съд

2.6.1.2.3. Механичната тромбектомия трябва да се извърши възможно най-скоро след доказването на показанията за нея.

2.6.1.2.4. За механичната тромбектомия, стент ретрийвърите, одобрени от местните здравни служби и описани в настоящия стандарт, трябва да се приемат като първо средство на избор.

2.6.1.2.5. Други средства за тромбектомия или аспирация одобрени от местните здравни служби могат да се използват, ако може да се постигне бърза, пълна и безопасна реваскуларизация на прицелните съдове.

2.6.1.2.6. Ако интравенозна тромболиза е противопоказана (напр. пациент на синтром с терапевтичен INR) механичната тромбектомия е препоръчана като първо средство на избор за лечение при оклузия на големи съдове.

2.6.1.2.7. Пациенти с остра оклузия на базиларната артерия трябва да бъдат оценени в центрове с мултимодална образна диагностика и третирани с механична тромбектомия в добавка към интравенозната тромболиза, когато е показана до 6-тия час от началото на симптомите.

2.6.1.2.8. Решението за започване на механична тромбектомия трябва да се направи съвместно в мултидисциплинарен екип включващ невролог с опит в лечението на остри инсулти, неврохирург, анестезиолог, невроинтервенционалист с опит в едноваскуларното лечение и извършен в опитен център, осигуряващ адекватна грижа и невроанестезиология.

2.6.1.2.9. Избора на анестезия зависи от индивидуалната ситуация, независимо от избора на методика, всички усилия трябва да бъдат положени да се избегне забавяне на тромбектомията.

2.6.1.2.10. Избор на пациенти:

2.6.1.2.10.1. Оклузията на интракраниални съдове трябва да се диагностицира с неинвазивни образни изследвания, когато е възможно, преди обмислянето на механична тромбектомия.

2.6.1.2.10.2. Ако образните изследвания не са налични, тежестта на неврологичната симптоматика NIHSS >9 през първите 3ч и NIHSS >7 между третия и шестия час, показват оклузията на големи съдове.

NIHSS скала

National Institute of Health Stroke Scale – NIHSS Точки	
1a – ниво на съзнание (количествени нарушения в съзнанието)	0-буден, адекватен; 1- сомнолентен; 2- сопор; 3- реагира само с рефлексни моторни или автономни отговори; или е напълно нереагиращ кома
1б – въпроси при нарушение на съзнанието	0-Правилно отговаря и на двата въпроса; 1- правилно отговаря на 1 въпрос; 2- неправилно отговаря и на двата въпроса
1в – команди при нарушение на съзнанието	0-правилно изпълнява и двете команди; 1- правилно изпълнява 1 команда; 2- неправилно изпълнява и двете команди
2 - очни движения/погледни парези	0- нормални очни движения ; 1- частична погледна пареза; 2- тотална погледна парализа
3 – зрителни нарушения/зрителни полета	0- без зрителни нарушения; 1 – частична хемиянопсия; 2 –пълна хемиянопсия; 3- билатерална хемиянопсия
4 – лицева парализа – лезия на VII чмн	0- нормални симетрични движения; 1- лека парализа; 2- частична парализа; 3- тежка парализа на едната или двете страни
5– двигателна дейност ръка/ 5а лява ръка; 5б дясна ръка	0- няма пронация; 1 – задържа крайника до 10 сек; 2- не може да задържи, отпуска до леглото; 3 –няма съпротива срещу гравитацията, крайникът пада; 4 – невъзможно движение; 5 – ампутация, контрактура.
5– двигателна дейност крак / 6а ляв крак; 6б десен крак	0- няма пронация; 1 – задържа крайника до 10 сек; 2- не може да задържи, отпуска до леглото; 3 –няма съпротива срещу гравитацията, крайникът пада; 4 –невъзможно движение; 5 – ампутация, контрактура
6– атаксия на крайниците	0- липса на атаксия; 1- атаксия в един крайник; 2 – атаксия в два крайника
7– сетивност	0- нормални сетивни функции; 1 – лека до умерена сензорна увреда; 2- тежка или тотална сетивна увреда

8 най-добро езиково представяне 0- няма афазия; 1-лека до умерена афазия; 2 – тежка афазия, 3 – мутизъм, глобална афазия
9- дизартрия 0 – нормална артикулация; 1- лека до умерена дизартрия; 2 – тежка дизартрия
10 – рестрикция и невнимание 0 – без абнормности; 1 – зрительно, тактилно, слухово, пространствено или персонално (соматично) невнимание; 2 – изразено хеминевнимание или хемнигнориране за повече от една сензорна модалност
Обща NIHSS оценка (0-42т)

2.6.1.2.10.3. Пациентите с белези от образните изследвания за големи инфарктирани зони (по скалата ASPECTS може да са неподходящи за тромбектомия.

2.6.1.2.10.3.1. За оценка големината на лезиите от проведената КТ могат да се използват критерии от проучването *Alberta Stroke Program Early CT score* (ASPECTS). (ASPECTS е 10-точкова количествена компютъртомографска топографска скала. Скалата ASPECTS е разработена като възпроизведима система при провеждане на стандартно КТ изследване на глава, за оценяване на ранни исхемични промени при пациенти с остър исхемичен инсулт в територията на предна циркулация. Скалата се определя от оценка на два стандартни региона на територията на средна мозъчна артерия (СМА): ниво базални ганглии (thalamus, basal ganglia, nucleus caudatus) и супраганглионерно ниво, което включва centrum semiovale и corona radiata. По този начин се определя площта, която е ангажирана, като патологичните образи е необходимо да се виждат на най-малко два последователни среза за да се гарантира, че находката е наистина абнормна (фигура 3) [Dzialowski I и съавт., 2006].)

2.6.1.2.10.3.1.1. Оценка по скалата ASPECTS се осъществява при наличие на два стандартни региона на територията на СМА: ниво базални ганглии (thalamus, basal ganglia, nucleus caudatus) и супраганглионерно ниво, което включва centrum semiovale и corona radiata.

2.6.1.2.10.3.2. При липса на исхемия броят на максималните точки по скалата е 10. При наличието на остра исхемия за всяка територия, посочена по-долу се изважда по 1 точка:

1. нуклеус каудатус;
2. путамен;
3. капсула интерна;
4. инсуларен кортекс;
5. M1- предна СМА кора - фронтален оперкулум;
6. M2- кора, латерално от инсуларния кортекс - преден темпорален лоб;
7. M3- заден темпорален лоб;
8. M4- непосредствено над M1;
9. M5- непосредствено над M2;
10. M6- непосредствено над M3.

2.6.1.2.10.3.3. Максималният брой точки е 10 т. (при нормален КТ). ASPECTS < 7 е показател за повишен риск от симптоматично кървене и лоша прогноза до 3 месец след инсулта.

ASPECTS > 8 се свързва с по-добро повлияване от тромболиза. Резултат 0 показва обширен инсулт, ангажиращ цялата територия на СМА.

2.6.1.2.10.4. Образните изследвания за определяне на мозъчния инфаркт и пенамбрат (КТ дифузия и перфузия; МРТ дифузия и перфузия) могат да се използват за избор на пациента и корелация с функционалния изход след механична тромбектомия.

2.6.1.2.10.5. Голямата възраст не е причина да се избегне механичната тромбектомия като допълнително лечение, но много внимателно трябва да се направи преценката въз основа на неврологичния статус, невроизобразяващите изследвания и наличния коморбидитет като се оцени полза/риск.

2.6.1.2.10.6. Пациентите с исхемичен мозъчен инсулт, при които е проведена спешна ревакуларизация (ИВТ, тромбектомия, ИАТ) се включват в регистър на лечебното заведение.

2.6.1.2.11. Диагностични методи, необходими за преценка за провеждане на тромбаспирация /тромбектомия

Метод	Приложение	Показания
1. Диагностичен УЗД на мозъчни съдове	Препоръчители в отделни случаи	✓ оценка на каротидна бифуркация, ВСА
2. Нативен КТ	задължителен	<u>1. При приемане:</u> ✓ изключва ХМИ, Ту ✓ определя евентуална видима зона на инфаркт (не повече от 1/3 от територията на съответната артерия) 1. <u>След провеждане на интраартериална фибринолиза:</u> ✓ представя структура на мозъчно вещество, екстравазация на контраст и евентуална хеморагия с измерване на нейния обем <u>3. На 24 ч от интервенцията:</u> ✓ представя евентуална динамика в предходните образи
3. КТ перфузия	препоръчителен	1. След нативния КТ преглед: определя зона на частична перфузия (пенамбра) възможност за определяне на съдов статус
4. МРТ с DWI/PWI	препоръчителен	1. Като алтернатива на КТ с определяне и на съдов статус

5. Дигитална субтракционна ангиография	задължителен	2. Като алтернатива на КТ перфузия 1. Алтернатива в случаите на контраиндикации за венозна и интраартериална фибринолиза 2. Извършва се за суперселективна деструкция на интраартериален тромб. 3. Времени прозорец: ✓ за предна циркулация: до 6-ти час от началото на симптомите ✓ за задна циркулация - до 6ч /по изключение до 8 ч/от последния тласък на симптомите 4. Възможна комбинация с ИВТ или ИАТ и комбинирана фибринолиза.
--	--------------	--

2.6.1.3. Интраартериална тромболиза - ИАТ

2.6.1.3.1. Интраартериална тромболиза е индицирана за лечение на избрани пациенти с обширен инсулт при оклузия на СМА до 6 часа от началото на симптомите.

2.6.1.3.2. Интраартериална тромболиза е подходяща при пациенти с контраиндикации за интравенозна тромболиза (ИВТ), като например след хирургическа интервенция.

2.6.1.3.3. Наличието на възможност за ИАТ не трябва да измества ИВТ в случаите с остър исхемичен инсулт, когато има индикация за това.

2.6.1.3.4. Лечението с ИАТ се осъществява само във Високотехнологичен мозъчно-съдов център за лечение на остри мозъчни инсулти с възможност за незабавна мозъчна ангиография, осъществена от квалифициран специалист по нервни болести или образна диагностика с опит в тази област.

2.6.1.3.5. Диагностични методи, необходими за преценка за провеждане на комбинирана интравенозна /интраартериална тромболиза

Метод	Приложение	Показания
1. Диагностичен УЗД на моз. съдове	Препоръчителен в отделни случаи	✓ оценка на каротидна бифуркация, ВСА
2. Нативен КТ	задължителен	1. При приемане: ✓ изключва ХМИ, Ту ✓ определя евентуална видима зона на инфаркт (не повече от 1/3 от територията на съответната артерия) 2. След провеждане на <u>интраартериална фибринолиза</u>: ✓ представя структура на мозъчно вещество, екстравазация на

		контраст и евентуална хеморагия с измерване на нейния обем <u>3. На 24 ч от интервенцията:</u> представи евентуална динамика в предходните образи
3. КТ перфузия	препоръчителен	1. След нативния КТ преглед: ✓ определя зона на частична перфузия (пенамбра) ✓ възможност за определяне на съдов статус
4. MPT DWI/PWI	препоръчителен	1. Като алтернатива на КТ с определяне и на съдов статус 2. Като алтернатива на КТ перфузия
5. Дигитална субтракционна ангиография	задължителен	1. Извършва се за суперселективно въвеждане на фибринолизиращ агент 2. Времеви прозорец: ✓ за предна циркулация: от 3-ти до 6-ти час от началото на симптомите ✓ -за задна циркулация до 6ч /по изключение до 8 ч/ от последния тласък на симптомите 3. Фибринолизиращ агент: ✓ tPA - х 0.6 mg/kg, но не повече от 60 мг, от тях 10% болусно въвеждане и остатъка за 30 мин. Следва интраартериално въвеждане на същия агент до 22 мг за 2 ч.

2.6.1.4. Хирургия и ангиопластика

2.6.1.4.1. Каротидна ендартеректомия – КЕА

2.6.1.4.1.1. В острия стадий на исхемичен мозъчен инсулт, каротидна ендартеректомия - КЕА се препоръчва да се проведе в специализирани структури при пациенти с 70-99% стенози.

2.6.1.4.1.2. Желателно е КЕА да се проведе възможно най-скоро след остро исхемично събитие, най-добре в рамките на 2 седмици.

2.6.1.4.2. Каротидна транслуминална ангиопластика

2.6.1.4.2.1. Каротидна транслуминална ангиопластика или стентирание се препоръчва само на лимитиран брой пациенти в тази фаза на заболяването

2.6.1.4.3. Декомпресивна хемикраниектомия

2.6.1.4.3.1. Осъществява се при клинична картина, характеризираща се с нарастване на общомозъчните прояви до кома, прогресия на огнищната неврологична симптоматика и

прояви на стволова дисфункция. В подкрепа на клиничната картина са и невроизобразяващите изследвания.

2.6.1.4.3.2. Обширният инфаркт на средна мозъчна артерия, ангажиращ повече от 50% от територията на съда, се визуализира чрез компютърна томография на главен мозък (при 70% от пациентите).

2.6.1.4.3.2.1. Хирургична декомпресивна терапия в рамките на 48 часа след началото на симптоматиката се препоръчва при пациенти до 60 годишна възраст със злокачествен еволюиращ инфаркт на средна мозъчна артерия;

2.6.1.4.3.2.2. Препоръчва се осмотична диуретична терапия за лечение на повишеното интракраниално налягане преди хирургичната интервенция, ако се планира такава;

2.6.1.4.3.2.3. Вентрикулостомия или хирургична декомпресия следва да се имат предвид при пациенти с обширни церебеларни инфаркти, които притискат мозъчния ствол.

2.6.1.4.3.2.4. Критерии за провеждане на декомпресивна хемикраниектомия при селектирана група пациенти:

2.6.1.4.3.2.4.1. Възраст < 70 години;

2.6.1.4.3.2.4.2. Начало на симптоми < 24 часа (по изключение < 48 часа);

2.6.1.4.3.2.4.3. Наличие на инфарктна зона на проведената КТ или МРТ с големина над $\frac{1}{2}$ от хемисферата ;

2.6.1.4.3.2.4.4. Желание от страна на близките за активно поведение;

2.6.1.4.3.2.4.5. Липса на контраиндикации за оперативно лечение;

2.6.1.4.3.2.4.6. Неуспешен опит за реканализация в т.ч. неуспешна тромболиза.

2.6.1.4.3.2.5. Контраиндикации за провеждане на декомпресивна хемикраниектомия:

2.6.1.4.3.2.5.1. Кома с двустранна немедикаментозна мидриаза, зеници нереагиращи на светлина;

2.6.1.4.3.2.5.2. Наличие на >3 неблагоприятни прогностични фактора;

2.6.1.4.3.2.5.3. Възраст >70 години;

2.6.1.4.3.2.5.4. Инфаркти с дислокация на срединната линия;

2.6.1.4.3.2.5.5. Едностранна мидриаза;

2.6.1.4.3.2.5.6. GCS <5.

2.6.1.4.3.3. Краниектомия при малкомозъчен инфаркт

2.6.1.4.3.3.1. Пространство заемащи инфаркти в задна черепна ямка също могат да доведат до наличие на тежък неврологичен дефицит и смърт при херниране на малкомозъчните тонзили във форамен окципитале магнум. Проучвания при серия от пациенти с описаната патология показват подобряване в преживяемостта при провеждане на краниектомия. Липсват проведени рандомизирани проучвания в тази насока.

2.6.1.4.3.3.2. Поведение при пациенти с обширни малкомозъчни инфаркти:

2.6.1.4.3.3.2.1. Решението за провеждане на краниектомия, както при решението за декомпресивна хемикраниектомия при инфаркт в средна мозъчна артерия, трябва да се взема за всеки пациент индивидуално, като се отчита и желанието на близките.

2.6.1.4.3.3.3. Индикатори за краниектомия:

2.6.1.4.3.3.3.1. Клиника за постепенно повишаване на вътречерепното налягане с прояви на стволова дисфункция;

2.6.1.4.3.3.3.2. Наличие на изразен оток на проведеното невроизобразяващо изследване;

2.6.1.4.3.3.3.3. Желание от страна на близките за активно поведение;

2.6.1.4.3.3.3.4. Липса на контраиндикации за оперативно лечение.

2.6.1.4.3.3.4. Контраиндикации за краниектомия:

2.6.1.4.3.3.4.1. Клинични или невроизобразяващи симптоми за тежка необратима стволова исхемия;

2.6.1.4.3.3.4.2. Тежък коморбидитет;

2.6.1.4.3.3.4.3. Тежко предшестващо увреждане.

2.7. Изисквания за информирано съгласие на пациента

2.7.1. Провеждане на интервенционално лечение при остър инсулт се осъществява след получаване на Информираното съгласие от пациента. При невъзможност на пациента да разбере и подпише същото, както и при липса на близки, ендovasкуларната процедура следва да се извърши по витални индикации въз основа на преценка на мултидисциплинарния екип, отразено стриктно в документацията.

2.8. Изисквания към организацията на дейността и вътрешните и външни взаимодействия.

2.8.1. След провеждането на интервенционално лечение – тромбектомия, интраартериална тромболиза и др., пациентите се хоспитализират за 24 часа в КАИЛ/ОАИЛ, след което по преценка на началника на високоспециализирания мозъчно съдов център се превеждат в съответното болнично звено за продължаване на лечението и започване на ранна рехабилитация при показания.

2.9. Индикатори за проследяване на качеството на болнична помощ – специализирано лечение във Високотехнологичния център за лечение на остри мозъчни инсулти

2.9.1. Процент болни с остър инсулт;

2.9.2. Процент интравенозни тромболизи годишно;

2.9.3. Процент ендovasкуларни процедури при САХ;

2.9.4. Процент невроизобразяващи изследвания на мозъчни съдове в острия стадий;

2.9.5. Процент ендovasкуларни процедури, от тях:

2.9.5.1. Тромбектомии

2.9.5.2. Интраартериални тромболизи

2.9.5.3. Каротидна ендартеректомия

2.9.5.4. Каротидна транслуминална ангиопластика

2.9.5.5. Интервенционално лечение при САХ

2.9.6. Средно време от постъпване в СПО до начало на лечението;

2.9.7. Средно време от началото на симптомите до СПО;

2.9.8. Средна продължителност на болничния престой;

2.9.9. Изход от проведеното лечение (инвалидизация при дехоспитализацията – оценена със скалата на Rankin (mRS);

Скала на Rankin - mRS

Скала	Степен на инвалидност
0	Липса на клинична увреда и функционален дефицит;
1	Липса на изразена инвалидност, но са налице отделни клинични симптоми – болният е способен да извършва самостоятелно обичайните си задължения и активности;
2	Лека степен на инвалидност – невъзможност за извършване на предишните си задължения, но възможност за самостоятелно обслужване без чужда помощ;

3	Средна степен на инвалидност – болният се нуждае от известна помощ в ежедневието, но може да ходи самостоятелно;
4	Средно тежка степен на инвалидност – невъзможност за самостоятелно ходене и обслужване без чужда помощ;
5	Тежка степен на инвалидност – болният е прикован на легло, има инконтиненция и се нуждае от постоянни сестрински грижи и внимание;
6	Смърт

2.9.10. Изход от проведеното лечение (смъртност/ инвалидизация на 3-тия месец);“

I. Критерии за възстановяване на разходите на лечебните заведения за болнична помощ за осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации по Клинична пътека № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невросендоскопия и интраоперативен ултразвук)“ от Приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, над размера, заплатен от НЗОК

Министерство на здравеопазването възстановява разходите на лечебните заведения за болнична помощ за осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации по Клинична пътека № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невросендоскопия и интраоперативен ултразвук)“ от Приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса над размера, заплатен от НЗОК, при спазване на следните изисквания и критерии:

1. На възстановяване подлежат само разходите на лечебните заведения за заплащане на медицински изделия, включени в „Номенклатура на медицинските изделия, които се заплащат извън цената на клиничната пътека, включваща клиничните пътеки, по които могат да се отчитат и медицинските процедури по МКБ 9КМ, с които се поставят“ на Националната здравноосигурителна каса по Клинична пътека № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невросендоскопия и интраоперативен ултразвук)“.

2. Възстановяват се разходите само за медицинските изделия по т.1, които са били приложени на конкретен пациент в хода на изпълнение на дейностите по Клинична пътека № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невросендоскопия и интраоперативен ултразвук)“ от Приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, която е отчетена, одобрена и заплатена от НЗОК.

3. За медицинските изделия по т.1 за конкретния пациент има положително решение на НЗОК за заплащане извън стойността на клиничната пътека и същите са заплатени до размера, който се финансира от НЗОК.

4. Лечебното заведение е представило заявление за възстановяване на разходите за осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации по Клинична пътека № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невросендоскопия и интраоперативен ултразвук)“ от Приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса над размера, заплатен от НЗОК, към което е приложило следните документи:

4.1. копие от „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бланка МЗ - НЗОК № 7) с отразена основна диагноза и извършени основни диагностични (терапевтични) оперативни процедури, включени в критериите за завършена КП/АПР № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невросендоскопия и интраоперативен ултразвук)“;

4.2. фактура или електронна фактура за вложените медицински изделия по т.1;

4.3. спецификация за вложените медицински изделия по т.1;

4.4. копие „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 КП/АПР и заплащани извън цената на същите;

4.5. копие от Решение на НЗОК за заплащане на медицинското изделие извън стойността на клиничната пътека до размера, който се финансира от НЗОК.

Забележка: заявлението се подава за всеки конкретен случай, след получено плащане от НЗОК за дейностите по Клинична пътека № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)“ и получено плащане за медицинските изделия по т.1 до стойността, която се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/ амбулаторната процедура.

5. Разходите за медицинските изделия по т.1 се възстановяват до пълния размер на разликата между цената на медицинското изделие по фактура на закупуване от лечебното заведение, посочена във „Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/ амбулаторната процедура“ и стойността, заплатена от НЗОК извън цената на клиничната пътека, но не повече от 20 000 лв.

6. В болничната аптека на лечебните заведения се съхранява информация за движението на медицинските изделия, осигурени по реда на методиката, в т.ч. и за пациентите, на които са приложени медицинските изделия и сроковете на годност на същите.“

II. Критерии за възстановяване на разходите на лечебните заведения за болнична помощ за осигуряване на медицински изделия (клапни системи) за 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“ от Приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравноосигурителна каса над размера, заплатен от НЗОК

Министерство на здравеопазването възстановява разходите на лечебните заведения за болнична помощ за осигуряване на медицински изделия (клапни системи) за 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“ от Приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравноосигурителна каса над размера, заплатен от НЗОК, при спазване на следните изисквания и критерии:

1. На възстановяване подлежат само разходите на лечебните заведения за заплащане на медицински изделия (клапни системи), включени в „Номенклатура на медицинските изделия, които се заплащат извън цената на клиничната пътека, включваща клиничните пътеки, по които могат да се отчитат и медицинските процедури по МКБ 9КМ, с които се поставят“ на Националната здравноосигурителна каса 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“.

2. Възстановяват се разходите само за медицинските изделия по т. 1, които са били приложени на конкретен пациент до 18 години в хода на изпълнение на дейностите по клинична пътека № 204 „Тежка черепно-мозъчна травма - оперативно лечение“, клинична пътека № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)" или клинична пътека № 207 „Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин“, която е отчетена, одобрена и заплатена от НЗОК.

3. За медицинските изделия по т. 1 за конкретния пациент има положително решение на НЗОК за заплащане извън стойността на клиничната пътека и същите са заплатени до размера, който се финансира от НЗОК.

4. Лечебното заведение е представило заявление за възстановяване на разходите за осигуряване на медицински изделия (клапни системи) за интервенционално лечение на хидроцефалия при пациенти до 18 години по клинична пътека № 204 „Тежка черепно-мозъчна травма - оперативно лечение“, клинична пътека № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)" и/или клинична пътека № 207 „Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин" над размера, заплатен от НЗОК, към което е приложило следните документи:

4.1. копие от „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бланка МЗ - НЗОК № 7) с отразена основна диагноза и извършени основни диагностични (терапевтични) оперативни процедури, включени в критериите за завършена клинична пътека № 204 „Тежка черепно-мозъчна травма - оперативно лечение“, клинична пътека № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)" или клинична пътека № 207 „Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин“;

4.2. фактура или електронна фактура за вложените медицински изделия по т. 1;

4.3. спецификация за вложените медицински изделия по т. 1;

4.4. копие „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 и заплащани извън цената на същите.

4.5. копие от решение на НЗОК за заплащане на медицинското изделие извън стойността на клиничната пътека до размера, който се финансира от НЗОК.

Забележка: заявлението се подава за всеки конкретен случай, след получено плащане от НЗОК за дейностите по клинична пътека № 204 „Тежка черепно-мозъчна травма - оперативно лечение“, клинична пътека № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)" или клинична пътека № 207 „Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин" и получено плащане за медицинските изделия по т. 1 до стойността, която се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека.

5. Разходите за медицинските изделия по т. 1 се възстановяват до пълния размер на разликата между цената на медицинското изделие по фактура на закупуване от лечебното заведение, посочена във „Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/ амбулаторната процедура" и стойността, заплатена от НЗОК извън цената на клиничната пътека, но не повече от 6 000 лв.

6. В болничната аптека на лечебните заведения се съхранява информация за движението на медицинските изделия, осигурени по реда на методиката, в това число и за пациентите, на които са приложени медицинските изделия и сроковете на годност на същите.

МОТИВИРАНО ИСКАНЕ

за предоставяне на лекарствени продукти по приложение № 2 за лечение при животозастрашаващи кръвонизливи; спешно възникнали състояния и/или усложнения на вродените коагулопатии, при които е необходимо извършването на оперативни и инвазивни интервенции, по реда на Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2017 г

От.....
/наименование на лечебното заведение/

Днес 2017 г. час

Д-р..... след като прегледа пациента
/име фамилия, специалност, длъжност, отделение, клиника/

.....ЕГН
/трите имена на пациента/

Адрес

Диспансеризиран в

...../наименование на лечебното заведение с III ниво на компетентност по
клинична хематология /
Установи следното:

Повод за настоящата хоспитализация.....

ИЗ №.....

Диагноза.....

Органна локализация на кръвоизлива:

Тежест на кръвоизлива:

Общо състояние на пациента:

Телесно тегло:

Необходими/предстоящи/проведени медицински процедури:

След проведена консултация с д-р..... на датачас.....

/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 лекарствени/и продукт/и:.....

/посочва се лекарствения продукт от Приложение № 2 – INN, търговско наименование/

в количество за часа/дни
/посочва се бр. fl/ IU/

Лечебно заведение, което предоставя продукта

Лечебно заведение, което получава продукта

Д-р...../хематолог/

Д-р.....

/име, фамилия, подпис/

/име, фамилия, подпис/

.....
/име, фамилия, подпис на ръководителя на ЛЗ/
/печат на ЛЗ/

.....
/име, фамилия, подпис на ръководителя на ЛЗ/
/печат на ЛЗ/

Регистър

на отчетните документи по Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2017 г. на Министерство на здравеопазването,
воден в РЗИ

Вх.№/дата	Лечебно заведение	Вид на документа	Отчетен период	Приел	Проверил/и	Забележки	Изм.№/дата ЛЗ	Изм.№/дата НЦОЗА	Изпратил и архивирал
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Забележка:

В колона 1 се вписва Вх.№ и датата на отчетния документ

В колона 2 се вписва наименованието на лечебното заведение

В колона 3 се вписва вида на документа (месечен/тримесечен отчет; писмо и др.)

В колона 4 се вписва отчетния период (месец, тримесечие)

В колона 5 се вписва името/имената на служителя/служителите в РЗИ, приели документа

В колона 6 се вписва името/имената на служителя/служителите в РЗИ, извършили проверка на приетите документи

В колона 7 се вписват специфични обстоятелства по представените документи (липса на задължителни атрибути; наличие на несъответствия и др.

В колона 8 се попълва информация при наличие на обратна кореспонденция с лечебното заведение – например искане за корекция на отчетната документация и др.

В колона 9 се попълва Изх.№ и дата с който електронния отчет е изпратен в НЦОЗА

В колона 10 се попълва името на служителя от РЗИ, който е изпратил електронния отчет в НЦОЗА и го е архивирал.

По преценка на РЗИ регистъра може да се води на отделни страници по отчетни периоди или отделни лечебни заведения

Регистър

на отчетните документи по Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2017 г. на Министерство на здравеопазването,
воден в НЦОЗА

Вх.№/дата	РЗИ	Вид на електронния отчет	Отчетен период	Проверил електронния отчет	Забележки	Изм.№/дата РЗИ	Изм.№/дата МЗ	Изпратил и архивирал
1	3	4	5	6	7	8	9	

Забележка:

В колона 1 се вписва Вх.№ и датата на отчетния документ

В колона 2 се вписва наименованието на РЗИ

В колона 3 се вписва вида на документа (месечен/тримесечен отчет)

В колона 4 се вписва отчетния период (месец, тримесечие)

В колона 5 се вписва името/имената на служителя/служителите в НЦОЗА, обработили и проверили отчета

В колона 6 се вписват специфични обстоятелства по представените отчети (липса на информация; наличие на несъответствия и др.)

В колона 7 се попълва информация при наличие на обратна кореспонденция с РЗИ – например уведомяване за извършена корекция на отчетната документация и др.

В колона 8 се попълва Изх.№ и дата с който обобщената информация е изпратена в Министерство на здравеопазването

В колона 9 се попълва името на служителя от НЦОЗА, който е изпратил информацията в МЗ и я е архивирал.

По преценка на НЦОЗА регистъра може да се води на отделни страници по отчетни периоди или отделни области/РЗИ.