

**Указания за извършване на контрол върху дейността на лечебните заведения
по Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2017 г.**

**ГЛАВА ПЪРВА
ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ
КОНТРОЛНИ ОРГАНИ**

Чл. 1. С тези указания, в съответствие с Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2017 г., наричана по-нататък за краткост „Методиката“, се определят:

1. редът и обхватът на контрола, осъществяван по отношение на лечебните заведения, субсидирани от Министерство на здравеопазването (МЗ), през 2017 г. по реда на Методиката;

2. правата и задълженията на контролните органи.

Чл. 2. (1) Регионалната здравна инспекция (РЗИ) осъществява тримесечен планов контрол върху дейността на лечебните заведения, субсидирани от МЗ през 2017 г. на територията на съответната област.

(2) Извън установения план, РЗИ извършват проверки във всички случаи на:

1. установяване на несъответствия в данните на отчетите, представени от лечебните заведения;

2. постъпили жалби и сигнали във връзка с дейността на лечебните заведения по методиката.

Чл. 3. (1) За осъществяване на контролната дейност по чл. 2, ал. 1, директорът на РЗИ утвърждава план за тримесечния контрол.

(2) Контролната дейност по чл. 2 се извършва от проверяващ екип, в състав „ръководител“ и „член/членове“ – длъжностни лица от РЗИ.

(3) Лицата по ал. 2 се определят със заповед на директора на РЗИ.

Чл. 4. (1) Изпълнителна агенция „Медицински одит“ (ИАМО) извършва проверки на дейността на лечебни заведения, субсидирани от МЗ, след възлагане от министъра на здравеопазването, в случаите, посочени в чл. 11 от Методиката.

(2) Изпълнителният директор на ИАМО със своя заповед определя длъжностните лица, които да извършат възложената проверка в случаите по ал. 1.

ГЛАВА ВТОРА

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕЖДАНЕ НА КОНТРОЛ

РАЗДЕЛ I

ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА КОНТРОЛНИТЕ ОРГАНИ

Чл. 5. (1) Регионалните здравни инспекции и ИАМО извършват контрол върху дейността на лечебните заведения по отношение на:

1. законосъобразност на осъществяваната по договор с МЗ медицинска помощ;
2. качество на оказаната медицинска помощ и спазване на изискванията на методиката и утвърдените медицински стандарти;
3. достоверност на отчетната информация.

(2) Длъжностните лица, натоварени с контролни функции, са длъжни да не разгласяват по какъвто и да е начин факти и обстоятелства, станали им известни при или по повод изпълнението на техните задължения, както и да опазват информацията, представляваща:

1. лекарска тайна – всички сведения, които пациентът е споделил с лекаря във връзка със състоянието си и факти, открити при прегледа и изследванията, извършени от последния, както и всичко, което лекарят е научил при упражняване на професията си относно пациента;

2. спазване на изискванията на Методиката относно качеството на оказаната медицинска помощ в рамките на медицинската дейност, която се субсидира;

3. лични данни – информация, отнасяща се до физическо лице, което е идентифицирано или би могло да бъде идентифицирано пряко или непряко, чрез идентификационен номер или чрез един или повече специфични признаци;

4. всякаква друга защитена от закона информация.

(3) Длъжностните лица, които са осъществяват контролни функции, са длъжни при извършване на проверка да ползват и съобразяват нормативните и вътрешноустройствени актове, както и всички други документи, относими към и необходими за целите на проверката.

(4) Длъжностните лица участват в извършването на проверки при спазване на изискванията за недопускане на конфликт на интереси, като са длъжни да подписват съответната декларация за това.

Чл. 6. Длъжностните лица съответно от РЗИ и ИАМО, осъществяващи контролна дейност след определяне по чл. 3, ал. 3 и чл. 4, ал. 2, имат право:

1. на пълен достъп до информация, необходима за осъществяване на проверката;
2. на пълно съдействие при изпълнение на служебните им задължения;
3. да използват експертно мнение на външни експерти-консултанти;
4. да отказват изпълнение на заповед за извършване на контрол в условия на конфликт на интереси.

РАЗДЕЛ II

ПРОВЕЖДАНЕ НА КОНТРОЛНАТА ДЕЙНОСТ

Чл. 7. (1) Проверка се извършва след издаване на заповед от директора на РЗИ/изпълнителния директор на ИАМО.

(2) Заповедта за извършване на проверка се издава в писмена форма в 3 екземпляра и съдържа:

1. име, фамилия и длъжност на лицето, което я издава;
2. номер и дата на издаване на заповедта;
3. фактически и правни основания за издаване на заповедта;
4. собствено, бащино и фамилно име и длъжността на лицата, които ще извършват проверката;
5. наименование и адрес на лечебното заведение, което ще бъде проверявано;
6. вид, предмет и обхват на проверката;
7. срок за извършване на проверката.

(3) Заповедта се подписва от лицето, което я е издало.

Чл. 8. (1) За извършване на плановите проверки от РЗИ се подготвя произволна извадка на не по-малко от 5% от отчетените дейности, обект на контрола, за тримесечие и задълженията и отговорностите се разпределят между проверяващия екип.

(2) При необходимост от удължаване на срока на проверката се изготвя писмен доклад до лицето, издало заповедта, с мотивирано предложение за удължаване на срока.

Чл. 9. (1) Проверките се извършват на място, в съответното лечебно заведение – обект на контрол.

(2) При започване на проверката, ръководителят на екипа представя проверяващия екип и връчва екземпляр от заповедта за проверка на лицето, представляващо лечебното заведение - обект на проверката или на определено от него лице, срещу подпис, дата и печат на лечебното заведение, положени на екземпляра, оставащ в контролиращия екип.

(3) В случай, че лицето, представляващо проверявания обект, откаже достъп за извършване на проверката и/или приемане на заповедта за проверка, това обстоятелство се удостоверява с подпис на двама свидетели и се изготвя протокол, в който се вписва, че

контролните органи са били възпрепятствани.

(4) Ръководителят на проверяващия екип определя реда за протичане на проверката и уведомява лицето, представляващо лечебното заведение, за задълженията му във връзка с това.

(5) Проверките се извършват в присъствието на лицето, представляващо лечебното заведение или определени от него длъжностни лица.

(6) Проверката се извършва без нарушаване на лечебно-диагностичния процес на проверяваното лечебно заведение.

(7) В случай на необходимост, проверяващият екип може да изиска необходимата оригинална документация на лечебното заведение за проверка и анализ в РЗИ/ИАМО, след подписване на приемно-предавателен протокол в два екземпляра между проверяващия екип и лицето, представляващо лечебното заведение по време на проверката.

Чл. 10. При извършване на контролна дейност се използват следните източници на информация:

1. първична медицинска документация (история на заболяването, амбулаторни листи, журнали и др.);
2. вътрешни административни документи в лечебното заведение (правилници, вътрешни правила, протоколи и алгоритми, заповеди и др.);
3. финансова документация - при обоснована необходимост за извършване на проверката;
4. медико - статистическа информация;
5. анкети от пациенти;
6. други необходими документи в хода на проверката.

Чл. 11. След приключване на проверката проверяващият екип обсъжда констатациите с представителя на лечебното заведение и дава възможност за предоставяне на допълнителни доказателства и обяснения.

Чл. 12. За резултатите от извършената проверка се съставя констативен протокол - по образец, утвърден от директора на РЗИ/изпълнителния директор на ИАМО, в който се вписват:

1. основание за извършване на проверката;
2. състав на проверяващия екип;
3. дата и място на извършване на проверката;
4. обектът на проверката, наименование, месторазположение;
5. вид, обхват и тема на проверката;
6. описания на използваната първичната медицинска документация, отчети, писмени

обяснения и др.;

7. констатации от извършената проверката;
8. при констатираните нарушения - задължителните предписания и сроковете за отстраняване на констатираните нарушения;
9. препоръките за подобряване на дейността на лечебното заведение;
10. подпис на съставителя/съставителите (длъжностните лица, извършили проверката) и лицето, представляващо лечебното заведение - обект на проверката, както и датата на връчване на протокола.

Чл. 13. Неразделна част от констативния протокол са използваните в хода на проверката заверени копия на първичната медицинска, финансова документация, отчети, писмени обяснения и всякакъв друг събран доказателствен материал.

Чл. 14. (1) Констативният протокол се изготвя в срок до 5 работни дни от приключване на проверката в два екземпляра, по един за лицето, представляващо лечебното заведение - обект на проверката и един за РЗИ/ИАМО.

(2) Когато 5 дневният срок не може да бъде спазен, за това писмено се уведомява директорът на РЗИ/изпълнителният директор на ИАМО, издал заповедта за проверка.

(3) При отказ на лицето, представляващо лечебното заведение, обект на проверката да подпише протокола, връчването, както и отказът, се удостоверяват с подписа на поне един свидетел.

Чл. 15. (1) Контролните органи са длъжни да проследяват спазването на задължителните предписания в определените срокове, в случаите, когато са дадени такива при извършена проверка (чл. 12, т. 8).

(2) Контролните органи са длъжни да проследяват изпълнението на препоръките, в случаите, когато са дадени такива при извършена проверка (чл. 12, т. 9).

ГЛАВА ТРЕТА

ОТЧЕТНОСТ И СЪХРАНЕНИЕ НА ДОКУМЕНТАЦИЯТА ЗА ОСЪЩЕСТВЕНАТА КОНТРОЛНА ДЕЙНОСТ ОТ РЗИ

Чл. 16. (1) Лечебното заведение отчита ежемесечно и тримесечно извършената дейност по договор и представя в РЗИ месечен и тримесен отчет.

Чл. 17. (1) В РЗИ се разкриват и поддържат досиета на лечебните заведения, сключили договор по Методиката.

(2) Досиетата съдържат: копие на договорите за субсидиране, сключени с МЗ, месечни и

тримесечни отчети, протоколите от извършената проверка, събрания доказателствен материал, събрани допълнителни материали в хода на проверката, както и информация, предоставена от други органи, по отношение на обекта и др.

Чл. 18. Досиетата на лечебните заведения се съхраняват за срок от пет години.

Чл. 19. (1) Ежемесечно до 5-то число на месеца ръководителите на екипи, участвали в проверките по чл. 2, ал. 2, предоставят на преките си ръководители сведение за проведените проверки през предходния месец и изготвените протоколи.

(2) Тримесечно до 25-то число на месеца, следващ отчетното тримесечие, ръководителите на екипи, участвали в проверките по чл. 2, ал. 1, предоставят на преките си ръководители сведение за проведените проверки за дейността по Методиката през предходното тримесечие и изготвените протоколи.

Чл. 20. (1) Ежемесечно, до 10-то число на месеца, преките ръководители представят на директора на РЗИ обобщен доклад за проведените през предходния месец проверки по чл. 2, ал. 2.

(2) Изготвеният доклад следва да съдържа информация за:

1. брой проверки по вид на обследвания обект;
2. брой повторни проверки;
3. направени констатации;
4. установени несъответствия и препоръки;
5. основни заключения;
6. постигнати резултати от контролната дейност;
7. затруднения при осъществяване на контролната дейност.

(3) Тримесечно до 28-мо число на месеца, следващ отчетното тримесечие, преките ръководители представят на директора на РЗИ обобщен доклад за проведените през предходния месец проверки по чл. 2, ал. 1.

(4) Изготвеният доклад следва да съдържа информацията по чл. 20, ал. 2, както и допълнителна информация за процентно съотношение на отчетения от лечебното заведение обем дейност през отчетното тримесечие спрямо отчетения обем дейност през предходния съпоставим период.

Чл. 21. При установени несъответствия при проверките по чл. 2, ал. 1 и ал. 2, както и при отчитане от лечебните заведения на обем дейност, надвишаващ с повече от 10% обема дейност за предходния съпоставим период, директорът на РЗИ изготвя обобщен доклад и го изпраща в МЗ в срок до 30 число на месеца, следващ отчетното тримесечие.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА

ОБХВАТ НА КОНТРОЛА В ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, СКЛЮЧИЛИ ДОГОВОР ЗА СУБСИДИРАНЕ С МЗ ПО ОТДЕЛНИ ВИДОВЕ ДЕЙНОСТИ

РАЗДЕЛ I

КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, СУБСИДИРАНИ ОТ МЗ ЗА ОКАЗВАНЕ НА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ЗА ПАЦИЕНТИ СЪС СПЕШНИ СЪСТОЯНИЯ

Чл. 22. (1) При осъществяване на контрол на многопрофилни болници за активно лечение за оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, преминали през спешни отделения, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност;
2. наличие на Клиника/Отделение по спешна медицина – II или III ниво на компетентност съгласно разрешението за лечебна дейност към момента на сключване на договора за субсидиране за 2017 г.;
3. наличие на болнична аптека.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 1.

(3) При осъществяване на контрол на многопрофилни болници за активно лечение за оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, преминали през спешни отделения, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение, проверяващият екип извършва проверка за:

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 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 клиники/отделения от 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 клиника/отделение с III ниво на компетентност по психиатрия;

(4) Резултатите от проверката по ал. 3 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 2.

(5) При осъществяване на контрол на многопрофилни болници за активно лечение за оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, преминали през спешни отделения, които 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” проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност;
2. наличие на клиника/отделение по спешна медицина – I ниво на компетентност съгласно разрешението за лечебна дейност към момента на сключване на договора за субсидиране за 2017 г.;
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.

(6) Резултатите от проверката по ал. 5 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 3.

(7) При осъществяване на контрол на държавни и общински многопрофилни болници за активно лечение, извън тези по ал. 1, ал. 3 и ал. 5, 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 проверяващият екип извършва проверка за:

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;
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.

(8) Резултатите от проверката по ал. 7 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 4.

(9) За нуждите на контрола относно поддържането на капацитет за 24-часов непрекъснат режим на работа се изисква информация и се проверяват следните документи:

1. актуално щатно разписание по структури и длъжности;
2. утвърдени длъжностни характеристики за работещия персонал;
3. трудови договори/граждански договор/възлагателни заповеди;
4. правилник за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебното заведение;
5. правилник за устройството, дейността и вътрешния ред на спешно отделение и други документи, регламентирани дейността на спешно отделение и спешния прием на пациенти;
6. поименен график за работното време на персонала в спешното отделение;
7. извлечение от месечни ведомости и други документи, доказващи изплащане на средства за възнаграждение за работа в спешно отделение.

(10) Резултатите от проверката по ал. 9 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 5.

(11) За нуждите на контрола относно пациенти, преминали през спешно отделение и хоспитализирани в същото лечебно заведение в рамките на 24 часа, се изисква информация и се проверяват следните документи:

1. отчетна документация за дейността на лечебното заведение по договор с МЗ, предоставена от съответната РЗИ;
2. лист за преглед на пациент в спешно отделение;
3. история на заболяването;
4. друга медицинска документация по преценка на проверяващия екип.

(12) Резултатите от проверката по ал. 11 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 6.

РАЗДЕЛ II

КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, СУБСИДИРАНИ ОТ МЗ ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ ПО ПРИЛОЖЕНИЕ № 2 КЪМ ЧЛ. 2, АЛ. 1, Т. 2 ОТ МЕТОДИКАТА ЗА ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЖИВОТОЗАСТРАШАВАЩИ КРЪВОИЗЛИВИ, СПЕШНИ ОПЕРАТИВНИ И ИНВАЗИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ НА ПАЦИЕНТИ С ВРОДЕНИ КОАГУЛОПАТИИ И ПАРЕНТЕРАЛНО ХРАНЕНЕ НА ПАЦИЕНТИ СЪС „СИНДРОМ НА КЪСОТО ЧЕРВО“

Чл. 23. (1) При осъществяване на контрол на държавни и общински специализирани болници за активно лечение на болни с хематологични заболявания за осигуряването на лекарствени продукти по Приложение № 2, т. I от Методиката за лечение на животозастрашаващи кръвоизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност;
2. наличие на разкрито клиника/отделение по клинична хематология III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Клинична хематология”.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 7.

(3) При осъществяване на контрол на държавни и общински многопрофилни болници за активно лечение за осигуряването на лекарствени продукти по Приложение № 2, т. I от Методиката за лечение на животозастрашаващи кръвоизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, проверяващият екип извършва проверка за:

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”.

(4) Субсидията се предоставя на лечебните заведения по ал. 1, в случаите, когато в съответната област няма разкрити лечебни заведения по ал. 3.

(5) При осъществяване на контрол на държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение за осигуряване на лекарствени продукти и консумативи по Приложение № 2, т. II от Методиката, за парентерално хранене на пациенти

със „синдром на късото черво“ като периодично поддържащо заместително лечение извън фазата на активно лечение, проверяващият екип извършва проверка за:

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 необходимост 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;

(6) Резултатите от проверката по ал. 5 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 8.

(7) За нуждите на контрола по ал. 1, ал. 3 и ал. 5 се изисква информация и се проверяват следните документи:

1. отчетна документация за дейността на лечебното заведение по договор с МЗ, представена в съответната РЗИ;
2. мотивирано искане, съгласно Приложение № 37 към чл. 3, ал. 4 от Методиката;
3. история на заболяване;
4. лекарствен лист и приемно-предавателен протокол.
5. друга медицинска документация по преценка на проверяващият екип.

(8) Резултатите от проверката по ал. 7 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 9 и Таблица № 10.

РАЗДЕЛ III

КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, СУБСИДИРАНИ ОТ МЗ ЗА СТАЦИОНАРНО ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ С ПСИХИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Чл. 24. (1) При осъществяване на контрол на държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност;
2. наличие на разкрито клиника/отделение по психиатрия - I, II или III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на 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.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 11.

(3) При осъществяване на контрол на държавни и общински центрове за психично здраве, проверяващият екип извършва проверка за:

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.

(4) Резултатите от проверката по ал. 3 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 12.

(5) При осъществяване на контрол на държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение и държавни и общински центрове за психично здраве за дейности по рехабилитация, в т.ч. трудотерапия на болни с психични заболявания в стационарни условия, проверяващият екип извършва съответната проверка по ал. 1 или ал. 3, както и проверка за:

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 устройствения 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.

(6) Резултатите от проверката по ал. 5 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 13.

(7) При осъществяване на контрол на лечебни заведения по ал. 1 и ал. 3 за стационарно

лечение на пациенти с психични заболявания с непрекъснат 24-часов престой с продължителност до 1 месец, определена съгласно Приложение № 20 и Приложение № 22 от Методиката, които са с висок риск, спешни състояния и изразена психомоторна възбуда, проверяващият екип извършва проверка за:

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“.

(8) Резултатите от проверката по ал. 7 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 14.

(9) Резултатите от проверка относно критериите за обективизиране състоянието на пациенти с висок риск, спешни състояния и изразена психомоторна възбуда се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 15.

Чл. 25. (1) При осъществяване на контрол на лечебни заведения по чл. 24, ал. 1 и ал. 3, за провеждане на лечение на пациенти с психични заболявания и тежки соматични заболявания /увреждания, както и бременни и родилки до 40 ден след раждането, проверяващият екип извършва проверка за:

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.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 16.

(3) Резултатите от проверката относно критериите за обективизиране състоянието на пациенти с психични заболявания и тежки соматични заболявания/увреждания и на бременни и родилки до 40 ден след раждането, се отразява в справка по образец, съгласно Таблица № 17.

(4) При осъществяване на контрол на лечебни заведения по чл. 24, ал. 1 и ал. 3, за

провеждане на лечение на деца до 18 години със симптоми на психични страдания и проблеми в психичното развитие, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разрешена дейност по специалността „Детска психиатрия“;
2. разкрито отделение/клиника по детска психиатрия или клиника/отделение по психиатрия с дейност по детска психиатрия, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Психиатрия“.

(5) Резултатите от проверката по ал. 4, както и проверката по критерии за обективизиране състоянието на пациента, се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 18.

РАЗДЕЛ IV

КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, СУБСИДИРАНИ ОТ МЗ ЗА АМБУЛАТОРНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ (ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ) И АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ С АКТИВНА ТУБЕРКУЛОЗА

Чл. 26. (1) При осъществяване на контрол на държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение на болни с активна туберкулоза, проверяващият екип извършва проверка за:

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 и 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 до т. 5 да разполага с диагностични възможности за диагностика на лекарствена резистентност.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 19.

Чл. 27. (1) Дейностите по амбулаторно проследяване (диспансеризация) на болни с туберкулоза над 18 г. се отчитат в справка по образец, съгласно Таблица № 20.

(2) Дейностите по амбулаторно проследяване (диспансеризация) на болни с туберкулоза под 18 г. се отчитат по образец, съгласно Таблица № 21.

РАЗДЕЛ V

КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, СУБСИДИРАНИ ОТ МЗ ЗА ПРОДЪЛЖАВАЩО ЛЕЧЕНИЕ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ НА ПАЦИЕНТИ С ТУБЕРКУЛОЗА И НЕСПЕЦИФИЧНИ БЕЛОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Чл. 28. (1) При осъществяване на контрол на държавни и общински специализирани болници за продължително лечение рехабилитация за съответните дейности по отношение на пациенти с туберкулоза и неспецифични белодробни заболявания, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност;
2. наличие на разкрита структура за долекуване и 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”.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 22.

РАЗДЕЛ VI

КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, СУБСИДИРАНИ ОТ МЗ ЗА АМБУЛАТОРНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ И ЛЕЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ С ХИВ И СТАЦИОНАРНО ЛЕЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ СЪС СПИН

Чл. 29. (1) При осъществяване на контрол на държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение, проверяващият екип извършва проверка за:

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.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 23.

Чл. 30. (1) За нуждите на контрола се изисква информация и се проверяват следните документи:

1. отчетна документация за дейността на лечебното заведение по договор с МЗ, представена в съответната РЗИ;

2. истории на заболяване;

3. амбулаторен журнал за проследяване и лечение на пациентите с ХИВ/СПИН;

4. диспансерни досиета;

5. друга медицинска документация по преценка на проверяващият екип.

РАЗДЕЛ VII

КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, СУБСИДИРАНИ ОТ МЗ ЗА МЕДИЦИНСКИ ДЕЙНОСТИ ИЗВЪН ОБХВАТА НА ОСНОВНИЯ ПАКЕТ ОТ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, ГАРАНТИРАН ОТ БЮДЖЕТА НА НЗОК, ПРЕДОСТАВЯНИ НА ВЕТЕРАНИТЕ ОТ ВОЙНИТЕ

Чл. 31. (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 - държавни и общински болници за активно лечение, проверяващият екип извършва проверка за:

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 тазобедренна и колянна става.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 24.

(3) За нуждите на контрола се изисква информация и се проверяват следните документи:

1. отчетна документация за дейността на лечебното заведение по договор с МЗ, представена в съответната РЗИ;

2. отчетна документация към НЗОК за изпълнение на оперативните процедури в съответствие с чл. 31, ал. 1, т. 3;

3. история на заболяване;

4. документ за налична травма или друго остро състояние;

5. друга медицинска документация по преценка на проверяващият екип.

(4) Резултатите от проверката по ал. 3 се отразяват в справка по образец, съобразно Таблица № 25.

Чл. 32. (1) За прилагане на медицински изделия (очни лещи и високосубстанция) при оперативно отстраняване на катаракта - държавни и общински болници за активно лечение, проверяващият екип извършва проверка за:

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.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 26.

(3) За нуждите на контрола се изисква информация и се проверяват следните документи:

1. отчетна документация за дейността на лечебното заведение по договор с МЗ, представена в съответната РЗИ;

2. отчетна документация към НЗОК за изпълнение на оперативна процедура по отстраняване на катаракта;

3. документ, удостоверяващ необходимостта от инсерция на леща – протеза (псевдофакос);

4. документ, удостоверяващ поставянето на високоспециализирано медицинско изделие (очна леща и виско субстанция), което не се заплаща от НЗОК;

5. история на заболяване;

6. друга медицинска документация по преценка на проверяващият екип.

(4) Резултатите от проверката по ал. 3 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 27.

Чл. 33. (1) За прилагане на медицински изделия (меш/платно за пластика на коремна стена) при оперативни процедури при хернии - държавни и общински болници за активно лечение, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност.

2. наличие на разкрито клиника/отделение по хирургия II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на 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.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 28.

(3) За нуждите на контрола относно прилагане на медицински изделия (меш /платно за пластика на коремна стена) при оперативни процедури при хернии, се изисква информация и се проверяват следните документи:

1. отчетна документация за дейността на лечебното заведение по договор с МЗ, представена в съответната РЗИ;

2. отчетна документация към НЗОК за изпълнение на оперативна процедура при хернии;

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

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

5. истории на заболяване;

6. друга медицинска документация по преценка на проверяващият екип.

(4) Резултатите от проверката по ал. 3 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 29.

Чл. 34. (1) 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, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност;
2. наличие на разкрито клиника/отделение по образна диагностика II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Образна диагностика”;

(2) Резултатите от проверката по ал.1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 30.

(3) За нуждите на контрола относно медико-диагностични дейности с прилагане на контраст, извън пакет „Образна диагностика” от пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, се изисква информация и се проверяват следните документи:

1. отчетна документация за дейността на лечебното заведение по договор с Министерство на здравеопазването, представена в съответната РЗИ;
2. направления за МДД;
3. документ за осъществено образно изследване с контраст;
4. друга медицинска документация по преценка на проверяващият екип.

(4) Резултатите от проверката по ал. 3 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 31.

РАЗДЕЛ VIII

КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, СУБСИДИРАНИ ОТ МЗ ЗА ОТДИХ И ЛЕЧЕНИЕ НА ВЕТЕРАНИТЕ ОТ ВОЙНИТЕ И ОТДИХ, ПРОФИЛАКТИКА И РЕХАБИЛИТАЦИЯ НА ВОЕННОИНВАЛИДИ И ВОЕННОПОСТРАДАЛИ

Чл. 35. (1) При осъществяване на контрол на специализирани болници за рехабилитация, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност;
2. наличие по структури по физикална и рехабилитационна медицина - II или III ниво на компетентност;
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.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 32.

РАЗДЕЛ IX

КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, СУБСИДИРАНИ ОТ МЗ ЗА МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА, ОСЪЩЕСТВЯВАНА ОТ ТЕЛК

Чл. 36. (1) При осъществяване на контрол на държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение и центрове за психично здраве за дейности по медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност;
2. наличие на заповед на министъра на здравеопазването за разкриване на общи и/или специализирани 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 РКМЕ, удостоверена със становище на директора на РЗИ.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 33.

РАЗДЕЛ X

КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ, СУБСИДИРАНИ ОТ МЗ ЗА ПОДДЪРЖАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ РЕГИСТРИ, В Т. Ч. СИСТЕМНО СЪБИРАНЕ, СЪХРАНЕНИЕ, АНАЛИЗ, ИНТЕРПРЕТАЦИЯ И ПУБЛИКУВАНЕ НА ДАННИ

Чл. 37. (1) При осъществяване на контрол по 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, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност;
2. наличие на Клинична онкологична комисия към клиника/отделение 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;

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 34.

Чл. 38. (1) При осъществяване на контрол на „Специализирана болница за активно лечение по ендокринология“ ЕАД – гр. София проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност;
2. наличие на актуална база данни на болните с диабет;
3. наличие на изградена информационна система за регистрация на лицата с диабет и предразположение към диабет.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 35.

РАЗДЕЛ XI

КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, СУБСИДИРАНИ ОТ МЗ ЗА ДЕЙНОСТ ПО ДНЕВНИ ПСИХОРЕХАБИЛИТАЦИОННИ ПРОГРАМИ

Чл. 39. (1) При осъществяване на контрол на държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение за дейности по дневни психорехабилитационни програми, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност;
2. наличие на разкрито клиника/отделение по психиатрия – II или III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Психиатрия“;
3. наличие на действащи и финансирани от Министерство на здравеопазването дневни психо-рехабилитационни програми към 31.12.2016 г.;

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 36.

(3) При осъществяване на контрол на държавни и общински центрове за психично здраве за дейности по дневни психорехабилитационни програми, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност;
2. наличие на разкрити легла за диагностичен и лечебен престой, съгласно разрешението за осъществяване на лечебна дейност;

3. наличие на действащи и финансирани от Министерство на здравеопазването дневни психорехабилитационни програми към 31.12.2016 г.;

(4) Резултатите от проверката по ал. 3 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 37.

(5) При осъществяване на контрол на държавни и общински многопрофилни или специализирани болници за активно лечение за дейности по дневни психорехабилитационни програми за жени след операция на рак на млечната жлеза, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност;

2. наличие на разкрито клиника/отделение 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.

(6) Резултатите от проверката по ал. 5 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 38.

(7) Резултатите от проверката относно критериите за субсидиране на дейности по дневни психорехабилитационни програми за жени след операция на рак на млечната жлеза се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 39.

(8) За нуждите на контрола относно дефиниране на групата, подходяща за включване в дневна психорехабилитационна програма за жени след операция на рак на гърдата, се изискват следните документи:

1. документ, удостоверяващ, че при жената е извършена операция на рак на гърдата и е приключила с активното лечение на адювантна терапия най-рано един месец след оперативното лечение, както и че е със зараснала оперативна рана;

2. документ, удостоверяващ, че жената е с класификация на тумора в първи стадий, T1-T2, с или без лимфна дисекция – L0-L1, без далечни метастази M0;
 3. десет дневният период за лечение да е поне десет дни след поредната химиотерапия, ако се провежда такава, или 20 дни след последната лъчетерапия;
 4. епикриза от операцията, с данни от имунохистохимия и хистология, указваща стадия на заболяването по международната класификация;
 5. епикриза от химио- или лъчетерапия (ако има) или документ от онколог, удостоверяващ терапията в момента;
 6. ПКК (до 20 дни назад), кръвна захар, урина, липиден статус, чернодробни проби, урея, креатинин;
 7. туморен маркер за млечна жлеза СА 15-3;
 8. ехография на черен дроб – до 6 месеца назад;
 9. остеоденситрометрия – не е задължително.
- (9) Резултатите от проверката по ал. 8 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 40.

РАЗДЕЛ XII

КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, СУБСИДИРАНИ ОТ МЗ ЗА ДЕЙНОСТ ПО ПРОГРАМИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ С МЕТАДОН

Чл. 40. (1) При осъществяване на контрол на държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение за дейност по програми с метадон, проверяващият екип извършва проверка за:

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 програми за лечение с метадон към 31.12.2016 г.

(2) При осъществяване на контрол на държавни и общински центрове за психично здраве за дейност по програми с метадон, проверяващият екип извършва проверка за:

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.

(3) Резултатите от проверката по ал. 1 и ал. 2 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 41.

РАЗДЕЛ XIII

КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, СУБСИДИРАНИ ОТ МЗ ЗА ДЕЙНОСТ ПО ОСИГУРЯВАНЕ НА ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И СПЕЦИАЛИЗИРАНИ ГРИЖИ ЗА ДЕЦА С ВИСОК МЕДИЦИНСКИ РИСК, ИЗВЪН ОБХВАТА НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

Чл. 41. (1) При осъществяване на контрол за дейностите по Приложение № 30, т. I и т. II - държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение по осигуряване на диагностика, лечение и специализирани грижи за деца с висок медицински риск, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, проверяващият екип извършва проверка за:

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

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 42.

(3) При осъществяване на контрол за дейности по Приложение № 30 т. III – държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение по осигуряване на лечение за новородени деца с вродени сърдечни малформации, претърпели сърдечна оперативна интервенция до навършването на 1 годишна възраст, когато продължителността на лечението и постоперативните грижи, надвишава минималния престой, заплащан от НЗОК по клинични пътеки и клинични процедури, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност;
2. наличие на разкрито клиника/отделение 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”.

(4) Резултатите от проверката по ал. 3 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 43.

(5) За нуждите на контрола относно критериите за субсидиране на дейности по осигуряване лечение на новородени деца до отпадане на медицинския риск, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, се изисква информация и се проверяват следните документи:

1. отчетна документация за дейността на лечебното заведение по договор с МЗ, представена в съответната РЗИ;

2. истории на заболяване;

3. документ, удостоверяващ действително пролежаните дни;

4. документ, удостоверяващ наличието на недоносеност или екстремно ниско тегло;

5. документ, удостоверяващ липсата на медицински риск до достигане на 2100 гр.;

6. документ, удостоверяващ наличието на заболяване, налагащо лечение – неврологични заболявания, белодробна патология, уста и стомашно-чревен тракт, урогенитална система;

7. документ, удостоверяващ наличието на вродена сърдечна малформация и осъществена сърдечна оперативна интервенция до навършването на 1 годишна възраст;

8. друга медицинска документация по преценка на проверяващият екип.

(6) Резултатите от проверката по ал. 5 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 44.

(7) При осъществяване на контрол за дейности по Приложение № 30 т. IV- държавни многопрофилни болници за активно лечение по осигуряване на лечение на деца с увреждания и потребност от постоянни медицински грижи, настанени в Център за настаняване от семеен тип, изграден в рамките на проект „ПОСОКА”, проверяващият екип извършва проверка за:

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.

(8) Резултатите от проверката по ал. 7 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 45.

(9) За нуждите на контрола относно дейностите по осигуряване на лечение на деца с увреждания и потребност от постоянни медицински грижи, настанени в Център за настаняване от семеен тип, изграден в рамките на проект „ПОСОКА”, се изисква информация и се проверяват следните документи:

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

(10) Резултатите от проверката по ал. 9 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 46.

РАЗДЕЛ XIV

КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, СУБСИДИРАНИ ОТ МЗ ЗА ДЕЙНОСТИ ПО ИЗВЪРШВАНЕ НА ТЕРАПЕВТИЧНА АФЕРЕЗА

Чл. 42. (1) При осъществяване на контрол на многопрофилни болници за активно лечение субсидирани за дейности по извършване на терапевтична афереза, проверяващият екип извършва проверка за:

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;

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 формените 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.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 47.

(3) Извършва се проверка за спазване критериите за провеждане на терапевтична афереза, посочени в Приложение № 31 към Методиката, както и наличието на следните документи:

1. история на заболяване на пациента, с отразена хоспитализация и приложения:

1.1. декларация за информирано съгласие (Образец № 1 към Приложение № 31), подписана от пациента/родителя;

1.2. документ за процедура „Терапевтична афереза” – Протокол по Образец № 2 Приложение № 31.

(4) Резултатите от проверката по ал. 3 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 48.

РАЗДЕЛ XV

КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, СУБСИДИРАНИ ОТ МЗ ЗА ДЕЙНОСТИ ПО ИЗВЪРШВАНЕ НА БЪБРЕЧНО-ЗАМЕСТИТЕЛНА ТЕРАПИЯ

Чл. 43. (1) При осъществяване на контрол на многопрофилни болници за активно лечение субсидирани за дейности по извършване на бъбречно-заместителна терапия, проверяващият екип извършва проверка за:

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;

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 с 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;

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 49.

(3) Извършва се проверка за спазване критериите за провеждане на терапевтична афереза, посочени в Приложение № 32 към Методиката, както и наличието на следните документи:

1. история на заболяване на пациента с отразена хоспитализация и приложения:

1.1. декларация за информирано съгласие (Образец №1 към Приложение № 32), подписана от пациента/родителя;

1.2. документ за процедура „Бъбречно-заместителна терапия” – Протокол по Образец №2 към Приложение № 32.

(4) Резултатите от проверката по ал. 3 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 50.

РАЗДЕЛ XVI

КОНТРОЛ НА ОБЩИНСКИ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ В ТРУДНОДОСТЪПНИ И/ИЛИ ОТДАЛЕЧЕНИ РАЙОНИ НА СТРАНАТА, СУБСИДИРАНИ ОТ МЗ

Чл. 44. (1) При осъществяване на контрол на общински лечебни заведения за болнична помощ в труднодостъпни и/или отдалечени райони на страната по Приложение № 18 от Методиката, проверяващият екип извършва проверка за:

1. лечебното заведение да е включено в Списък на общинските болници, които да бъдат субсидирани по Методиката в съответствие с определените критерии, предложен от Националното сдружение на общините в Република България;

2. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност;

3. наличие на 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;

4. наличие на осигурени медико-диагностични структури – клинична лаборатория и структура по образна диагностика, осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график (изискването се отнася за болници за активно лечение);

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 51.

РАЗДЕЛ XVII

КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ, ОСИГУРЯВАЩИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ ЗА ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА МОЗЪЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ, КОИТО НЕ СЕ ЗАПЛАЩАТ ОТ БЮДЖЕТА НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

Чл. 45. (1) При осъществяване на контрол на лечебни заведения за болнична помощ, осигуряващи медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчен инсулт, които не се заплащат от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, проверяващият екип извършва проверка на:

1. Многопрофилни болници за активно лечение отговарящи на следните изисквания:

а) наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност;

б) наличие на разкрити структури - клиника/отделение по спешна медицина с най-малко II ниво на компетентност съгласно разрешението за лечебна дейност към момента на сключване на договора за субсидиране за 2017 г. в рамките на лечебното заведение или на обединение от лечебни заведения в което лечебното заведение участва; клиника/отделение

по нервни болести с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Нервни болести“; клиника/отделение по неврохирургия с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Неврохирургия“; клиника/отделение по интензивно лечение с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“; клиника/отделение по кардиология с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Кардиология“; клиника/отделение по кардиохирургия с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Кардиохирургия“; клиника/отделение по съдова хирургия с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Общи и медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова-хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“; клиника/отделение по трансфузионна хематология с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Трансфузионна хематология“; клиника/отделение по диализа с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Диализно лечение“; клиника/отделение по образна диагностика с II ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Образна диагностика“; 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“.

2. Многопрофилни болници за активно лечение отговарящи на следните изисквания:

а) наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност;

б) наличие на разкрити структури-клиника/отделение по спешна медицина с I, II или III ниво на компетентност съгласно разрешението за лечебна дейност към момента на сключване на договора за субсидиране за 2017 г. в рамките на лечебното заведение или на обединение от лечебни заведения в което лечебното заведение участва; клиника/отделение по нервни болести и/или клиника/отделение по неврохирургия с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Нервни болести“, съответно „Неврохирургия“; клиника/отделение по интензивно лечение с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“; клиника/отделение по кардиология с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Кардиология“; клиника/отделение по съдова хирургия с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Общи и медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия,

кардиохирургия, съдова-хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“; клиника/отделение по диализа с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Диализно лечение“; клиника/отделение по образна диагностика с най-малко II ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Образна диагностика“; 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“.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1, т. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 52.

(3) Резултатите от проверката по ал. 1, т. 2 се отразяват в справка по образец, съгласно съответно Таблица № 53.

(4) При осъществяване на контрол, свързан с предоставяне на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчен инсулт, които не се заплащат от НЗОК, от лечебните заведения по Приложение № 34 от методиката се извършва проверка за:

1. Заявка за необходимия брой медицински изделия.

2. Приемно-предавателни протоколи.

3. Информация за движението на медицинските изделия, осигурени по реда на Методиката, съхранявана в болничната аптека на лечебните заведения.

(5) При осъществяване на контрол за специфични изисквания за субсидиране на дейности за интервенционално лечение на инсулт, се извършва проверка за:

1. наличие на мултипрофилно или профилирано спешно отделение/спешен мозъчно-съдов център (СО); Спешен болничен комплекс (СБК) съгласно разрешението за лечебна дейност към момента на сключване на договора за субсидиране за 2017 г.;

2. наличие на стандартизирани протоколи и диагностично-терапевтични алгоритми за поведение при пациенти с инсулт – процедура за сигнал за инсулт; процедура за осъществяване на контакт с лекар-специалист; процедура за предварително информиране на лабораторията и структурата по образна диагностика; процедура за спешен достъп до образни изследвания;

3. налична система за бърз достъп на лекуващия екип до резултатите от образните и лабораторните изследвания – болничен интранет;

4. осигурено обучение на персонала за лечение на инсулт;

(6) Резултатите от проверката по ал. 5 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 54.

(7) При осъществяване на контрол за специфичните дейности, свързани с

диагностично-лечебния алгоритъм при пациенти с остър мозъчен инсулт се извършва проверка за:

1. снета пълна анамнеза за началото на мозъчно-съдовия инцидент;
2. соматичен статус (включително двустранно измерване на артериалното налягане, пулс, сърдечен ритъм – ЕКГ, кислородна сатурация);
3. неврологичен статус;
4. наличие на протокол за бърза селекция на пациентите;
5. документирана оценка на тежестта на инсулта от специалист;
6. наличие на извършени образни изследвания – КТ или МРТ;
7. наличие на извършени лабораторни изследвания – ПКК с диференциално броене, електролити, бъбречна функция, чернодробна функция, липиден профил, СУЕ и/или С-реактивен протеин, кръвно-захарни нива, коагулационен статус, кръвна група;

(8) Резултатите от проверката по ал. 7 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 55.

(9) При осъществяване на контрол за спазване на изискванията към специализираните структури за интервенционално лечение на мозъчен инсулт се извършва проверка за:

1. функциониращ високотехнологичен мозъчно-съдов център (ВМСЦ);
2. заповед на ръководителя на лечебното заведение за създаване на ВМСЦ и определяне на негов ръководител, с придобита специалност по нервни болести/неврохирургия с професионален опит над 5 години, участие в квалификационни курсове и научни публикации по темата;
3. формиран мултидисциплинарен екип от специалисти по следните специалности: нервни болести, неврохирургия, анестезия и интензивно лечение, образна диагностика, физикална и рехабилитационна медицина;
4. наличие на разкрити структури в лечебното заведение – клиника/отделение по анестезиология и интензивно лечение с III ниво на компетентност, клиника/отделение по нервни болести с III ниво на компетентност или клиника/отделение по неврохирургия с III ниво на компетентност, клиника/отделение по кардиология с III ниво на компетентност и/или клиника по съдова хирургия с III ниво на компетентност, клиника/отделение по образна диагностика с II или III ниво на компетентност, клиника/отделение по физикална терапия и рехабилитационна медицина с III ниво на компетентност, клинична лаборатория с III ниво на компетентност;
5. наличие на ангиографска апаратура и КТ, КТ многосрезов с денонощен екип;
6. наличие на специализирано невросонологично оборудване от III ниво на

компетентност (цветен дуплекс сонограф с възможност за мултимодално доплерово мониториране) и лекар с квалификация по невросонология;

7. МРТ с възможност за дифузия, перфузия, МРА;

8. наличие на неврохирургична операционна и неврохирургичен екип с 24 часа покритие на дейността;

9. наличие на високоспециализирана медицинска апаратура (Компютърнатомография, ЯМР, Конвенционална ангиография, Ултразвукова диагностика на екстракраниални съдове посредством дуплекс сонограф), отговаряща на техническите изисквания, определени с Приложение № 35 от Методиката;

(10) Резултатите от проверката по ал. 9 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 56.

Чл. 46. (1) При осъществяване на контрол на лечебни заведения за болнична помощ осигуряващи 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 от Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, над стойностите заплащани от НЗОК в многопрофилни болници за активно лечение, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност;

2. наличие на разкрити структури – клиника/отделение по нервни болести с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Нервни болести“; клиника/отделение по неврохирургия с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Неврохирургия“; клиника/отделение по интензивно лечение с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“; клиника/отделение по образна диагностика с II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Образна диагностика“; клиника/отделение по физикална терапия и рехабилитационна медицина с II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Физикална терапия и рехабилитационна медицина“;

3. наличие на сключен договор с НЗОК за изпълнение на КП № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и ултразвук) от Приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на

основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК;

4. брой осъществени интервенционални процедури за лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации по КП № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук) от Приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК – най-малко 15 за една календарна година.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 57.

(3) При осъществяване на контрол за спазване на изискванията към специализираните структури за интервенционално лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации се извършва проверка за:

1. наличие на заявление за възстановяване на разходите за осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации 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)“;

2. наличие на 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, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)“;

3. наличие на фактура или електронна фактура за вложените медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации;

4. наличие на спецификация за вложените медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации;

5. наличие на копие на „Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/ амбулаторната процедура“;

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

7. информация за движението на медицинските изделия, осигурени по реда на Методиката, съхраняване в болничната аптека на лечебните заведения.

(4) Резултатите от проверката по ал. 3 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 58.

Чл. 47. (1) При осъществяване на контрол на лечебни заведения за болнична помощ, осигуряващи медицински изделия (клапни системи) за интервенционално лечение на хидроцефалия при деца до 18 години по КП № 204 „Тежка черепно-мозъчна травма – оперативно лечение“, КП № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)“ и КП № 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, гарантиран от бюджета на НЗОК, над стойностите, заплащани от НЗОК, в многопрофилни болници за активно лечение, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност;

2. наличие на разкрити структури – клиника/отделение по нервни болести с III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Нервни болести“; клиника/отделение по неврохирургия с III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Неврохирургия“; клиника/отделение по интензивно лечение с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“; клиника/отделение по образна диагностика с II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Образна диагностика“; клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина с II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“;

3. наличие на сключен договор с НЗОК за изпълнение на КП № 204 „Тежка черепно-мозъчна травма-оперативно лечение“ и/или КП № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)“ и/или КП № 207 „Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин“;

4. брой осъществени интервенционални процедури по КП № 204 „Тежка черепно-мозъчна травма-оперативно лечение“ и/или по КП № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)“ и/или по КП № 207 „Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин“;

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 59.

(3) При осъществяване на контрол, свързан с предоставяне на медицински изделия (клапни системи) за интервенционално лечение на хидроцефалия при деца до 18г. по КП № 204 „Тежка черепно-мозъчна травма-оперативно лечение“, КП № 206 „Краниотомии,

неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)” и по КП № 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, гарантиран от бюджета на НЗОК, над стойностите, заплащани от НЗОК, се извършва проверка дали:

1. медицинското изделие е включено в „Номенклатура на медицинските изделия, които се заплащат извън цената на клиничната пътека, включващи КП, по които могат да се отчитат и медицински процедури по МКБ 9КМ, с които се поставят“ на НЗОК по КП № 204, КП № 206 и КП № 207;

2. е приложено медицинско изделие на конкретен пациент до 18г. по КП № 204, КП № 206 и КП № 207, която е отчетена, одобрена и заплатена от НЗОК;

3. е налице положително решение на НЗОК за заплащане извън стойността на КП и същите са заплатени от размера, който се финансира от НЗОК;

4. лечебното заведение е изготвило заявление за възстановяване на разходите с приложени:

а) копие на „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 съответната КП;

б) фактура и спецификация за вложено медицинско изделие;

в) копие на „Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура“;

г) копие на решение на НЗОК за заплащане на медицинско изделие извън стойността на КП до размера, който се финансира от НЗОК;

д) информация за движението на медицинските изделия, осигурени по реда на Методиката, съхранявана в болничната аптека на лечебните заведения.

(4) Резултатите от проверката по ал. 3 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 60.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНА РАЗПОРЕДБА

Параграф единствен. Даването на указания и текущият контрол по приложението и изпълнението на настоящите указания се възлагат на директорите на РЗИ и изпълнителния директор на ИАМО.

Таблица № 1, към чл. 22, ал. 2

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на многопрофилни болници за активно лечение за оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, преминали през спешните отделения които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение			
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Клиника/Отделение по спешна медицина - II или III ниво на компетентност, съгласно разрешението за лечебна дейност към момента на сключване на договора за субсидиране през 2017г.	Болнична аптека	
1	2	3	

Дата на проверката: _____

Забележка: _____

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служител на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на многопрофилни болници за активно лечение за оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, преминавали през спешните отделения които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение																							
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Клиника/Отделение по спешна медицина - I ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на Медицински стандарт „Спешна медицина“ в срока предвиден в §1 от ПЗР на Наредба № 12 от 2015 г.	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14										
														Клиники/отделения с III ниво на компетентност по минимум 7 от следните медицински специалности							Структура по психиатрия с III ниво на компетентност		
														Детска кардиология	Кардиохирургия	Кардиология	Нервни болести	Ортопедия и травматология	Съдова Хирургия	Гръдна хирургия	Педиатрия	Неврохирургия	Хирургия
1	2																						

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и: _____

Справка за резултатите от проверка на многопрофилни болници за активно лечение на спинална медицинска помощ за пациентите със спинални състояния, променали през спиналните отделения, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение, в случаите когато на територията на областта е палине недостатъчно строено утвърдената НЗК на съществуващите структури по спинална медицина с II или III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицинския стандарт Спинална медицина, за срока предвиден в §1 от ПЗР на Наредба № 12 от 2015 г.

Разрешение за осъществяване на дейност на лечебна дейност	Клиника/Отделение по специализация I ниво на компетентност, в съответствие със специализацията	Структура по специализация I ниво на компетентност, в съответствие със специализацията	Клиника/Отделение с II ниво на компетентност по 5 от следните медицински специалности										Болнична аптека	Медико-диагностични структури, осигуряващи 24 часово покритие			
			Хирургия	Вътрешни болести	Кардиология	Неврология	Педиатрия	АГ	Ортопедия и травматология	Очни болести	УНГ	Клинична лаборатория от II или III ниво на компетентност		Образна диагностика	Трансфузиона хематология	Клинична патология	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	

Дата на проверката:

Забележка:
Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“
Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготовил/н: _____

Наименование на лечебното заведение: _____

Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверката на държавни и общински многопрофилни болници за активно лечение, извън тези по ал. 1, ал. 3 и ал. 5, за оказване на консултативна помощ на спешни пациенти по искане на дежурния екип на ЦСМП в случаите по чл. 11, ал. 2 от Наредба № 25 от 1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ (обн., ДВ, бр. 98 от 1999 г.)		Структури по медицински специалности (най-малко 3)						Медико-диагностични структури с 24 часов непрекъснат работен график	
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Разкрит на територията на населеното място филиал на ЦСМП	Хирургия	Ортопедия и травматология	Вътрешни болести	Неврология	Педиатрия	АГ	Клинична лаборатория	Образна диагностика
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____

Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверката за поддържането на капацитет за 24-часов непрекъснат режим на работа							
Актуално шатно разписане по структури и длъжности	Утвърдени длъжностни характеристики за работещия персонал	Трудови договори/граждански договори/възлагателни заповеди	Правилник за устройството, дейността и вътрешния ред на ЛЗ	Правилник за устройството, дейността и вътрешния ред на СО	Други документи, регламентиращи дейността на СО и спешния прием на пациенти	Поименен график за работното време на персонала в СО	Извлечение от месечни ведомости и др. документи, доказващи изплащане на средства за възнаграждение за работа в СО
1	2	3	4	5	6	7	8

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и: _____

Таблица № 6 към чл. 22, ал. 12

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверката за пациенти, преминали през СО и хоспитализирани в същото ЛЗ в рамките на 24 часа			
Отчетна документация за дейността на ЛЗ по договор с МЗ предоставена в съответната РЗИ	Лист за преглед на пациент в СО	История на заболяването	Друга медицинска документация по преценка на проверяващият екип
1	2	3	4

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на държавни и общински специализирани болници за активно лечение на болни с хематологични заболявания за осигуряването на лекарствени продукти по Приложение № 2, т. I от Методиката за лечение на животозастрашаващи кръвонизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коаголопатии	
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Отделение/Клиника по клинична хематология III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на Медицински стандарт „Клинична хематология“
1	2

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение за осигуряване на лекарствени продукти и консумативи по Приложение № 2, т. II от Методиката за парентерално хранене на пациенти със „синдром на късото черво“ като периодично поддържащо заместително лечение извън фазата на активно лечение

Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Отделение/Клиника по вътрешни болести с разрешена дейност по гастроентерология в съответствие с изискванията на Медицински стандарт „Гастроентерология“	Наличие на становище на специалист по гастроентерология за необходимост 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
1	2	3

Дата на проверката:

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение за осигуряване на лекарствени продукти по Приложение № 2, т.1 от Методиката за животозастрашаващи кръвоизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии

Отчетна документация за дейността на ЛЗ по договор с МЗ предоставена в съответната РЗИ	Мотивирано искане съгласно приложение № 37 към чл. 3, ал. 4 от Методиката	История на заболяването	Лекарствен лист и ППП	Друга медицинска документация по преценка на проверяващия екип
1	2	3	4	5

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение за осигуряване на лекарствени продукти по Приложение № 2, т. II от Методиката за животозастрашаващи кръвоизливи и за парентерално хранене на пациенти със „синдром на късото черво“ като периодично поддържащо заместително лечение извън фазата на активно лечение

Отчетна документация за дейността на ЛЗ по договор с МЗ предоставена в съответната РЗИ	Мотивирано искане съгласно приложение № 37 към чл. 3, ал. 4 от Методиката	История на заболяването	Лекарствен лист и ППП	Друга медицинска документация по преценка на проверяващия екип
1	2	3	4	5

Дата на проверката: _____
 Забележка: _____
 Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“
 Таблицата се попълва от служители на РЗИ
 Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение на болни с психични заболявания			
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Клиника/Отделение по психиатрия - I, II или III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на Медицински стандарт "Психиатрия"	Наличие на приемно-консултативен кабинет и 24 часов прием на болни с психични заболявания, в това число и със спешни състояния	Изградена информационна система за регистрация на болни с психични заболявания
1	2	3	4

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на държавни и общински центрове за психично здраве			
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Разкрити легла за диагностичен и лечебен престой	Приемно-консултативен кабинет и 24 часов прием на болни с психични заболявания, в това число и със спешни състояния	Изградена информационна система за регистрация на болни с психични заболявания
1	2	3	4

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на Държавни и общински МБАЛ, СБАЛ и държавни или общински дневни центрове за психично здраве: _____

Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение и държавни и общински центрове за психично здраве за дейности по рехабилитация, в т.ч. трудотерапия на болни с психични заболявания в стационарни условия	
Действащи рехабилитационни програми към 31.12.2016 г. за хора с психични заболявания	Утвърдена със заповед на ръководителя или в устройствения правилник структура за рехабилитация, в т.ч.
	трудотерапия
1	Ръководител на дейности по рехабилитация
	Многопрофилен терапевтичен екип, психиатър и/или детски психиатър, психолог, соц. работник, мед. сестра, трудотерапевт/соц. рехабилитатор, административен служител
	2
	3

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на лечебни заведения по ал. 1 и ал. 3 на чл.20 за стационарно лечение на пациенти с психични заболявания с непрекъснат 24-часов престой с продължителност до 1 месец, определена съгласно Приложение № 22 т. I, които са с висок риск, спешни състояния и изразена психомоторна възбуда	
Критерии за капацитет на структурата	
Наличие на пространствени и функционални възможности за осигуряване на повишена сигурност, съгласно изискванията на Медицински стандарт „Психиатрия“	Наличие на медицински и друг персонал за осигуряване на повишена сигурност, съгласно изискванията на Медицински стандарт „Психиатрия“
1	2

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка за изпълнението на критериите за обективизиране състоянието на пациенти с висок риск, спешни състояния и изразена психомоторна възбуда												
№	Трите имена			Дата на постъпване	Фиш от ЦСМП	Лист за преглед от СО	Репорт на полицейски орган	Жалба, молба, сигнал или друг документ от физически или юридически лица	Резолюция от ръководителя на лечебното заведение с мотиви	История на заболяването и друга медицинска документация		
	Име	Презиме	Фамилия							Първоначална оценка	Прилагане на мерки за физическо ограничаване	Оценка на протичане на заболяването
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка за провеждането лечение на пациенти с психични заболявания и тежки соматични заболявания/увреждания, както и бременни и родилки до 40-тия ден след раждането									
Критерии за капацитет за осъществяване на дейността									
Наличие на осигурена консултативна помощ и медико-диагностични изследвания	За психиатрични Клиники/ Отделения в структура на ЛЗ за болнична помощ-многопрофилни болници за активно лечение с разкрити структури по:					За психиатрични структури в ЛЗ, които не разполагат с възможностите по т. 1.1.			
	Вътрешни болести	Хирургия	Неврология	Акушерство и гинекология	Образна диагностика	Клинична лаборатория	Правила за координация и взаимодействие на болничните структури	Наличие на договорни отношения, осигуряващи консултативна помощ и медико-диагностични изследвания, минимум по посочените специалности	
	2	3	4	5	6	7	8	9	
1									

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
Отчетен период: _____

Критерии за обективизиране на състоянието на пациента									
№	Три имена на пациента			№ на ИЗ	Придружаващ и заболявания	Назначени медико-диагностични изследвания	Консултативн и прегледи	Предписани медикаменти за придружаващо заболяване	Еликриза
	Име	Презиме	Фамилия						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“ в колона от 6 до 9

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка за изпълнението на критериите за обективизиране състоянието на деца до 18 години със симптоми на психични страдания и проблеми в психичното развитие		
Критерии за капацитет за осъществяване на дейност		
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност по специалността „Детска психиатрия“	Разкрито Клиника/Отделение/Детска психиатрия или психиатрия с дейност по детска психиатрия	2
1		

Дата на проверката: _____

Забележка:
 Таблица се попълва с „Да“ или „Не“
 Таблица се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултата от проверката на държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение на болни с активна туберкулоза					
Изисквания					
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Разкрита структура по пневмология и фтизиатрия - II или III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пневмология и фтизиатрия“	Медико-диагностични структури, включващи клинична лаборатория – II или III ниво, микробиологична лаборатория, структура за функционална диагностика на дишането; образна диагностика	Разкрит приемно-консултативен кабинет и създадена организация за 24-часов прием на болни със спешни състояния по разкритите в тях специалности	Изградена информационна система за регистрация на болните с туберкулоза	Диагностични възможности за диагностика на лекарствена резистентност
1	2	3	4	5	6

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

СПРАВКА ЗА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕРКА НА ДЕЙНОСТИ ПО АМБУЛАТОРНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ (ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ) НА БОЛНИ С ТУБЕРКУЛОЗА НАД 18 ГОДИНИ															
№	Трите имена на пациента			Рубрика по МКБ 10	Заболвания	Специалист, провеждащ диспансеризацията	Продължителност на наблюдението в продължителната фаза на лечение	Клиничен преглед (специализирани мед. дейности и ВСД)	Продължителност на наблюдението след продължителната (амбулаторна) фаза на лечение	Периодичност за 1 година	Клиничен преглед (специализирани мед. дейности и ВСД)	Изследвания за една година (брой) *	Години	Консултации (специализирани мед. дейности и ВСД) *	
	Име	Презиме	Фамилия												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Дата на проверката:

Завележка: *Отнася се за контактни деца в организирани колективи (детски заведения, домове, в училище и др.)
 Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

СПРАВКА ЗА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕРКА НА ДЕЙНОСТИ ПО АМБУЛАТОРНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ (ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ) НА БОЛНИ С ТУБЕРКУЛОЗА ДО 18 ГОДИНИ													
№	Трите имена на пациента			Код МКБ 10	Заболвания	Специалист	Наблюдение, продължителност т	Периодичност на прегледите	Кл. преглед /ВСД	Изследвания *	Брой	Консултации със специалист /ВСД*	Брой
	Име	Презиме	Фамилия										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Дата на проверката: _____

Завележка: *Отнася се за контактните деца в организирани колективи (детски заведения, домове, в училище и др.)
 Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Изисквания			
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Разкрита структура за долекуване и продължително лечение по пневмология и фтизиатрия	Медико-диагностични структури, включващи клинична лаборатория и образна диагностика (собствени или по договор на територията на областта)	Структура по физикална и рехабилитационна медицина съгласно медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“
1	2	3	4

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Таблица № 23 към чл. 29, ал. 2

Наименование на държавна или общинска многопрофилна и специализирана болница за активно лечение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение за амбулаторно проследяване и лечение на пациенти с ХИВ и стационарно лечение на пациенти със СПИН			
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Разкрита клиника по инфекциозни болести - III ниво, съгласно Медицински стандарт „Инфекциозни болести“	Наличие в клиниката на обособена структура за лечение на пациенти с придобита имунна недостатъчност	Медико-диагностични структури, включващи клинична лаборатория II или III ниво, вирусологична лаборатория и образна диагностика
1	2	3	4

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на осъществяваните медицински дейности, извън обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, предоставени на ветерани от войните			
Прилагане на медицински изделия (изкуствени стави и остеосинтезни материали) при оперативни процедури в условия на спешност (за държавни и общински болници за активно лечение)			
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Отделение/Клиника по ортопедия и травматология-II или III ниво по МС „Ортопедия и травматология“	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 тазобедренна и колянна става	
1	2	3	

Дата на проверката: _____

Забележка:
 Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“
 Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и:

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Трите имена				№ на ИЗ	Документ за налична травма или друго остро състояние	Отчетен по:		
№	Име	Презиме	Фамилия			Отчетна документация за дейността на лечебното заведение по договор с Министерство на здравеопазването, представена в съответната РЗИ	Отчетна документация към ИЗОК за изпълнение на оперативните процедури	Друга медицинска документация по преценка на проверяващият екип
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“ в колонки от 6 до 12

Таблицата се попълва от служител на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на осъществяваните медицински дейности, извън обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, предоставени на ветерани от войните		
Прилагане на медицински изделия, очни лещи и вискосубстанции при оперативно отстраняване на катаракта (за държавни и общински болници за активно лечение)		
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Клиника/Отделение по очни болести - II или III ниво по Медицински стандарт „Очни болести“	Договор с НЗОК за изпълнение на оперативно отстраняване на катаракта
1	2	3

Дата на проверката: _____

Забележка:
Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“
Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на държавна или общинска болница за активно лечение: _____
Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на осъществяваните дейности по отношение на пациенти, на които са приложени медицински изделия (очни лещи и вискозусубстанции) при оперативно отстраняване на катаракта												
№	Трите имена				№ на ИЗ	Отчетна документация за дейността на лечебното заведение по договор с Министерство на здравеопазването, представена в съответната РЗИ	Отчетна документация към НЗОК за изпълнение на оперативна процедура по отстраняване на катаракта	Документ, удостоверяващ необходимостта от инсерция на леща – протеза (псевдофакос)	Документ, удостоверяващ поставянето на вискоспециализирано медицинско изделие (очна леща и вискозусубстанция), което не се заплаща от НЗОК	Друга медицинска документация по преценка на проверяващият екип		
	Име	Презиме	Фамилия									
1	2	3	4	5	6	7	8	9				

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“ в колонки 6, 7, 8, 9 и 10
Таблицата се попълва от служител на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на осъществяването на медицински дейности, извън обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, предоставени на ветерани от войните		
Прилагане на медицински изделия (меш/платно за пластика на коремна стена) при оперативни процедури при хернии (за държавни и общински болници за активно лечение)		
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Наличие на разкрито Клиника/Отделение по хирургия II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия	Наличие на договор с НЗОК за изпълнение на оперативни процедури при хернии
1	2	3

Дата на проверката: _____

Забележка:
 Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“
 Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на осъществяваните дейности по прилагане на медицински изделия (меш/платно за пластика на коремна стена) при оперативни процедури при хернии									
№	Трите имена			№ на ИЗ	Отчетна документация за дейността на лечебното заведение по договор с Министерството на здравеопазването, представена в съответната РЗИ	Отчетна документация към НЗОК за изпълнение на оперативна процедура при хернии	Необходимост от прилагане на високоспециализирано медицинско изделие (меш/платно за пластика на коремна стена)	Поставяне на високоспециализирано медицинско изделие (меш/платно за пластика на коремна стена), което не се заплаща от НЗОК	Друга медицинска документация по преценка на проверяващият екип
	Име	Презиме	Фамилия						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“ в колонки 6, 7, 8 и 9

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на осъществяваните медицински дейности, извън обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, предоставени на ветерани от войните	
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	
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Наличие на разкрито Клиника/Отделение по образна диагностика II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Образна диагностика“
1	2

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“
 Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на осъществяваните дейности по медико-диагностични дейности с прилагане на контраст, извън пакет „Образна диагностика“ от пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК							
№	Трите имена			Отчетна документация за дейността на лечебното заведение по договор с Министерството на здравеопазването, представена в съответната РЗИ	Направление за МДД	Документ за осъществено образно изследване с контраст	Друга медицинска документация по преценка на проверяващият екип
	Име	Презиме	Фамилия				
1	2	3	4	5	6	7	8

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“ в колонки 5, 6 и 7

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на дейности, които са субсидирани от мз в специализирани болници за рехабилитация за отгдх и лечение за ветераните от войните и отгдх, профилактика и рехабилитация на военнопострадали						
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Наличие на структури по физикална и рехабилитационна медицина - II или III ниво на компетентност	Възможност за осигуряване на отгдх, профилактика и рехабилитация във всички региони на страната	Възможност за осигуряване на различни програми за отгдх, 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
1	2	3	4	5	6	7

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____

Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение и центрове за психично здраве за дейности по медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК		
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Заповед на Министъра на здравеопазването за разкриване на общи и/или специализирани ТЕЛК към съответното лечебно заведение	Кадрова осигуреност на съставите на ТЕЛК, съгласно Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и РКМЕ, удостоверена със становище на директора на РЗИ
1	2	3

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на 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		
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Наличие на Клинична онкологична комисия към Клиника/Отделение по медицинска онкология	Наличие на изградена информационна система за събиране на данни за лицата със злокачествени новообразувания и карцином ин ситу в Националния раков регистър
1	2	3

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка на „Специализирана болница за активно лечение по ендокринология“ ЕАД – гр. София		
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Наличие на актуална база данни на болните с диабет	Наличие на изградена информационна система за регистрация на лицата с диабет и предразположение към диабет
1	2	3

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка в държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение за дейности по дневни психорехабилитационни програми		
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Клиника/Отделение по психиатрия – II или III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Психиатрия“	Действащи и финансирани от Министерството на здравеопазването дневни психорехабилитационни програми към 31.12.2016 г.
1	2	3

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка в на държавни и общински центрове за психично здраве за дейности по дневни психорехабилитационни програми		
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Разкрити легла за диагностичен и лечебен престой, съгласно Разрешението за осъществяване на лечебна дейност	Действащи и финансирани от Министерството на здравеопазването дневни психорехабилитационни програми към 31.12.2016 г
1	2	3

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка в държавни и общински многопрофилни или специализирани болници за активно лечение за дейности по дневни психорехабилитационни програми за жени след операция на рак на млечната жлеза										
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Разкрита Клиника/Отделение по Физикална и рехабилитационна медицина – II или III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“	Опит в изпълнение на рехабилитационни програми за жени, оперирани от рак на млечната жлеза към 31.12.2015 г.	Наличие на мултидисциплинарен екип от специалисти, включващ:							
			Лекари по физикална и рехабилитационна медицина	Физиотерапевти (кинезитерапевти/рехабилитатори/ерготерапевти)	Онколог	Диетолог	Клинични психолози	Социален работник	Юрист	Трудотерапевт, музикален педагог, логопед
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“
 Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка относно критерии за субсидиране на дейности по дневни психорехабилитационни програми за жени след операция на рак на млечната жлеза									
Възможност за осигуряване на медицинска рехабилитация:				Изпълнение на клинични пътеки:		Възможности за осъществяване на:			
Възстановяване двигателната активност на засегнатия горен крайник	Профилактика на лимфния застой	Възстановяване на общата двигателна активност и на доброто здраве на организма	Рехабилитация и профилактика на последиците от активното лечение, химио- и лъчетерапия, адювантното лечение	№ 241	№ 244	Психологическа рехабилитация	Социална рехабилитация	Организиране и съчетаване на лечебната програма с развлечения	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка относно критерии за дефиниране на групата, подходяща за включване в дневна психореабилитационна програма за жени след операция на рак на гърдата									
Документ, удостоверяващ, че при жената е извършена операция на рак на гърдата и е приключила с активното лечение на адювантна терапия най-рано един месец след оперативното лечение, както и че е със зараснала оперативна рана	Документ, удостоверяващ, че жената е с класификация на тумора в първи стадий, T1-T2, със или без лимфна дисекция – I0-I1, без далечни метастази M0	Десетдневният период за лечение да е поне десет дни след последната химиотерапия, ако се провежда такава, или 20 дни след последната лъчетерапия	Епикриза от операцията, с данни от имунохистохимия и хистология, указваща стадия на заболяването по международната класификация	Епикриза от химио- или лъчетерапия (ако има) или документ от онколог, удостоверяващ терапията в момента	ПКК (до 20 дни назад), кръвна захар, урина, липиден статус, чернодробни проби, урея, креатинин	Туморен маркер за млечна жлеза CA 15-3	Ехография черен дроб - до 6 месеца назад	Остеонситрометрия – не е задължително	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“
 Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка в лечебните заведения, субсидирани от МЗ за дейност по програми за лечение с Метадон				
Държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение за дейност по програми за лечение с Метадон		Държавни и общински центрове за психично здраве за дейност по програми за лечение с Метадон		
Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Разкрита Клиника/Отделение по психиатрия – II или III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Психиатрия“	Наличие на действащи и финансирани от Министерство на здравеопазването програми за лечение с метадон към 31.12.2016 г.	Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Разкрити легла за диагностичен и лечебен престой по дейностите, които са включени в Разрешението за осъществяване на лечебна дейност
1	2	3	4	5
				6

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка в държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение по осигуряване на диагностика, лечение и специализирани грижи за деца с висок медицински риск, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване		
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Клиника/Отделение по неонатология – III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология“	Разкрита структура за специални грижи, съгласно медицински стандарт „Неонатология“
1	2	3

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка в държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение по осигуряване на лечение за новородени деца с вродени сърдечни малформации, претърпели сърдечна оперативна интервенция до навършването на 1 годишна възраст, когато продължителността на лечението и постоперативните грижи, надвишава минималния престой, заплащан от НЗОК по клинични пътеки и клинични процедури		
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Клиника/Отделение по педиатрия и/или детска кардиология - III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Педиатрия“	Клиника/Отделение 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“
1	2	3

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

[illegible]

Дата на проверката: _____

Забелешка:

Габлицата се попълва с „Дя“ или „Не“ от 7 до 11
Габлицата се попълва от служител на РЗИ

Изготовил: _____

Наименование на лечебното заведение: _____

Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка в държавни многопрофилни болници за активно лечение по осигуряване на лечение на деца с увреждания и потребност от постоянни медицински грижи, настанени в Център за настаняване от семеен тип, изграден в рамките на проект „ПОСОКА“		
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Разкрита структура по спешна медицина, неонатология и/или педиатрия, анестезиология и интензивно лечение, хирургия, неврология, клинична лаборатория, микробиорогична лаборатория, образна диагностика	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
1	2	3

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка относно дейностите по осигуряване на лечение на деца с увреждания и потребност от постоянни медицински грижи, настанени в Център за настаняване от семеен тип, изграден в рамките на проект „ПОСОКА”									
№	трите имена			Документи за първоначална оценка на здравното състояние на настанените деца	Документ, удостоверяващ извършване на периодична оценка на здравното състояние на настанените деца, минимум веднъж седмично	Документ, удостоверяващ изготвянето и актуализиране на план на медицинските грижи	Документи, удостоверяващи осъществяване на спешна консултативна помощ, диагностика и лечение	Документи за осъществяване на съдействие при необходимост от превеждане за диагностика и лечение в лечебни заведения с високо ниво на компетентност	
	име	презиме	фамилия						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Дата на проверката: _____

Забележка: _____

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“ от 5 до 9
 Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка многопрофилни болници за активно лечение субсидирани за дейности по извършване на терапевтична афереза										
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Клиника /Отделение по анестезиология и/или интензивно лечение - III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на МС "Анестезия и интензивно лечение"	Разкрита структура по спешна медицина	Разкрити структури по някои от следните специалности:				Наличие на медицински диагностични структури, осигуряващи 24 часов непрекъснат работен график		Наличие на апарат за екстракорпорално кръвообращение и сетове с мембрани/центрфуги за сепарирание на формените елементи на кръвта от плазмата или разделяне на видовете полипептиди в човешката плазма	Наличие на лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение, който има свидетелство за професионална квалификация и призната правоспособност за провеждане на терапевтична афереза
			неврология - III ниво на компетентност	кардиология - III ниво на компетентност	нефрология - III ниво на компетентност	Клинична лаборатория II или III ниво на компетентност	Образна диагностика			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Дата на проверката: _____

Забележка: _____

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Справка за контрол на спазване критериите за провеждане на терапевтична афереза, посочени в Приложение № 31 към Методиката					
Трите имена			История на заболяване на пациента, с отразена хоспитализация и приложени		
№	Име	Презиме	Фамилия	Декларация за информирано съгласие (Образец № 1 към Приложение № 31), подписана от пациента/родителя	Документ за процедура „Терапевтична афереза“ – Протокол по Образец № 2 към Приложение № 31
1	2	3	4	5	6

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Справка за контрол спазване критериите за провеждане на терапевтична афереза, посочени в Приложение № 32 към Методиката					
№	Трите имена		История на заболяване на пациента, с отразена хоспитализация и приложения		
	Име	Презиме	Фамилия	Декларация за информирано съгласие (Образец № 1 към Приложение № 32), подписана от пациента/родителя	Документ за процедура „Бъбречно-заместителна терапия” – Протокол по Образец № 2 към Приложение № 32
1	2	3	4	5	6

Дата на проверката:

Забележка:

Таблицата се попълва:
в колони 5 и 6 с „Да“ или „Не“
Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____

Отчетен период: _____

Справка за резултатите от проверка в общински лечебни заведения за болнична помощ в труднодостъпни и/или отдалечени райони на страната по Приложение № 18 от Методиката									
Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Лечебното заведение да е включено в Списък на общинските болници, които да бъдат субсидирани по методиката в съответствие с определените критерии, предложен от Националното сдружение на общините	Наличие на разкрити структури по най-малко една от следните медицински специалности (изискването се отнася за болници за активно лечение за продължително лечение)						Наличие на осигурени медико-диагностични структури осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график (изискването се отнася за болници за активно лечение)	
		Вътрешни болести	Хирургия	Неврология	Педиатрия	Ортопедия и травматология	Акушерство и гинекология	Клинична лаборатория	Образна диагностика
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Дата на проверката: _____

Забележка: _____

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____

Отчетен период: _____

Наличие на следните разкрити структури за МБАЛ												
Разрешени е за осъществя ване на лечебна дейност	Клиника/ Отделение по спешна медицина - най- малко II ниво на компетентност , съгласно разрешението за дейността към момента на сключване на договора за субсидиране през 2017г.	Клиника/ Отделение по нервни болести - III ниво на компетентност	Клиника/ Отделение по неврохирур гия - III ниво на компетентност	Клиника /Отделение по интензивно лечение - III ниво на компетентност	Клиника /Отделение по кардиология - III ниво на компетентност	Клиника/ Отделение по кардиохирур гия - III ниво на компетентност	Клиника/ Отделение по съдова хирургия - III ниво на компетентност	Клиника/ Отделение по трансфузионна хематология - III ниво на компетентност	Клиника/ Отделение по диализа - III ниво на компетентност	Клиника/ Отделение по образна диагностика - най-малко II ниво на компетентност	Клиника/ Отделение по физикална терапия и реабилитационна медицина - най- малко II или III ниво на компетентност	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____

Отчетен период: _____

Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Наличие на следните разкрити структури за МБАЛ							
	Клиника/ Отделение по спешна медицина - I, II или III ниво на компетентност в рамките на лечебното заведение или на обединение от лечебни заведения, в което лечебното заведение участва, съгласно разрешението за дейност към момента на сключване на договора за субсидиране през 2017г.	Клиника/ Отделение по нервни болести и/или клиника/отделение по неврохирургия - III ниво на компетентност	Клиника/ Отделение по интензивно лечение - III ниво на компетентност	Клиника/ Отделение по кардиология - III ниво на компетентност	Клиника/ Отделение по съдова хирургия - III ниво на компетентност	Клиника/ Отделение по диализа - III ниво на компетентност	Клиника/ Отделение по образна диагностика - най-малко II ниво на компетентност	Клиника/ Отделение по физикална терапия и рехабилитационна медицина - най-малко II ниво на компетентност
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и: _____

Отчетен период: _____

Таблица № 55 към чл. 45, ал. 8

[illegible]

Дата на проверката: _____

Забележка:
Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“
Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и:

Наименование на лечебното заведение: _____

Отчетен период: _____

Проверка на изискванията към специализираните структури за интервенционално лечение на мозъчен инсулт													
Функционална роля на структурата	Заповед на ръководителя на лечебното заведение за създаване на ВМСЦ и определяне на неговите функции	Формиран мултидисциплинарен екип от следните специалности: нервни болести, неврохирургия, анестезия и интензивно лечение, образна диагностика, физикална и рехабилитационна медицина.	Наличие на разкрити структури в лечебното заведение					Наличие на специализирано неврологично оборудване (цветен дуплекс сонограф с възможност за ангиографска апаратура и КТ, КТ мулти-слайс с деиношен екип)					Наличие на високоспециализирана медицинска апаратура (Компютърна томография, ЯМР, Конвенционална ангиография, Ултразвукова диагностика на екстракраниални съдове посредством дуплекс сонограф)
			клиника/отделение по нервни болести с III ниво на компетентност или клиника/отделение по неврохирургия с III ниво на компетентност	клиника/отделение по кардиология с III ниво на компетентност и/или клиника по съдова хирургия с III ниво на компетентност	клиника/отделение по образна диагностика II или III ниво на компетентност	клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина с III ниво на компетентност, ост,	клинична лаборатория с III ниво на компетентност	Наличие на ангиографска апаратура и КТ, КТ мулти-слайс с деиношен екип	Наличие на специализирано неврологично оборудване (цветен дуплекс сонограф с възможност за ангиографска апаратура и КТ, КТ мулти-слайс с деиношен екип)	Наличие на ангиографска апаратура и КТ, КТ мулти-слайс с деиношен екип	Наличие на ангиографска апаратура и КТ, КТ мулти-слайс с деиношен екип	Наличие на ангиографска апаратура и КТ, КТ мулти-слайс с деиношен екип	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с "Да" или "Не"

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____

Отчетен период: _____

Проверка на лечебни заведения за болнична помощ, осигуряващи медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации по клинична пътека № 206 „Краниотомии, неиндигирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)“

Разрешение за осъществяване на лечебна дейност	Наличие на следните разкрити структури за МБАЛ					Сключен договор с НЗОК	Брой осъществени интервенционални процедури за лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации по КП № 206 - най-малко 15 за една календарна година
	Клиника/отделение по нервни болести - III ниво на компетентност	Клиника/отделение по неврохирургия - III ниво на компетентност	Клиника/отделение по интензивно лечение - III ниво на компетентност	Клиника/отделение по образна диагностика - II или III ниво на компетентност	Клиника/отделение по физикална терапия и рехабилитационна медицина - II или III ниво на компетентност		
1	2	3	4	5	6	7	8

Дата на проверката: _____

Забележка:

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служител на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Проверка на лечебни заведения за болнична помощ за спазване на изискванията към специализираните структури за интервенционално лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации

Наличие на заявление за възстановяване на разходите за осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации за всеки конкретен случай, след получено плащане от НЗОК за дейностите по Клинична пътека № 206 „Краниотомия, клинична пътека № 206, чрез съвременни технологии (невронавигация, интраоперативен ултразвук)“	Наличие на копие от 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 КПП/АП № 206 „Краниотомия, клинична пътека № 206, чрез съвременни технологии (невронавигация, интраоперативен ултразвук)“	Наличие на фактура или електронна фактура за вложените медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации	Наличие на спецификация за вложените медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации	Наличие на копие на „Формуляр за вложени медицински изделия, заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/ амбулаторната процедура“	Наличие на копие от Решение на НЗОК за заплащане на медицинското изделие извън стойността на клиничната пътека до размера, който се финансира от НЗОК	Информация за движението на медицинските изделия, осигурени по реда на Методиката, съхраняване в болничната аптека на лечебните заведения
1	2	3	4	5	6	7

Дата на проверката: _____

Забележка: _____

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и: _____

Наименование на лечебното заведение: _____

Отчетен период: _____

Проверка за изискванията към лечебните заведения, осигуряващи медицински изделия (класни системи) за интервенционално лечение на хидроцефалия при деца до 18 години									
Разрешени е за осъществяване на лечебна действие	Наличие на следните разкрити структури за МБАЛ						Сключен договор с НЗОК	Брой процедури	осъществени интервенционални процедури по КП №204 „Тежка черепно-мозъчна травма-оперативно лечение“ и/или по КП № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)“ и/или по КП № 207 „Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин“
	клиника/ отделение по нервни болести - III ниво на компетентност или клиника /отделение по неврохирургия - III ниво на компетентност	клиника/ отделение по интензивно лечение - III ниво на компетентност	клиника/ отделение по образна диагностика - II или III ниво на компетентност	клиника/ отделение по физикална и рехабилитационна медицина - III ниво на компетентност	клиника/ отделение по кардиология с III ниво на компетентност и/или клиника по съдова хирургия - III ниво на компетентност	клинична лаборатория - III ниво на компетентност			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Дата на проверката: _____

Забележка: _____

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“

Таблицата се попълва от служител на РЗИ

Изготвил/и: _____

Таблица № 60 към чл. 47, ал. 4

Наименование на лечебното заведение: _____
 Отчетен период: _____

Контрол, свързан с предоставяне на медицински изделия (класни системи) за интервенционално лечение на хидроцефалия при деца до 18г. по КП № 204 „Тяжка черепно-мозъчна травма-оперативно лечение“, КП № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)“ и по КП № 207 „Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин“ от Приложение № 9 към чл. I, ал. I от Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, над стойностите, заплащани от НЗОК									
Изготвено от лечебното заведение за възстановяване на разходите с приложени:									
Медицинското изделие с включено в „Номенклатура на медицинските изделия, които се заплащат извън цената на клиничната пътека, включващи КП, по които могат да се отчитат и медицински процедури по МКБ 9CM, с които се поставят“ на НЗОК по КП № 204, КП № 206 и КП № 207	Приложено медицинско изделие на конкретен пациент до 18г. по КП № 204, КП № 206 и КП № 207, която е отчетена, одобрена и заплатена от НЗОК	Положително решение на НЗОК за заплащане извън стойността на КП и същите са заплатени от размера, който се финансира от НЗОК	копие на „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 съответната КП	фактура и спецификация за вложено медицинско изделие	копие на „Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторни пътека/амбулаторни процедура“;	копие на решение на НЗОК за заплащане на медицинско изделие извън стойността на КП до размера, който се финансира от НЗОК	информация за движението на медицинските изделия, осигурени по реда на Методиката, съхранявана в болничната аптека на лечебните заведения	8	9
1	2	3	5	6	7	8			

Дата на проверката: _____
 Забележка: _____

Таблицата се попълва с „Да“ или „Не“
 Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и: _____