



УТВЪРДИЛ:

**МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
Д-Р СТЕФАН КОНСТАНТИНОВ**

**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

**УКАЗАНИЯ
ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА КОНТРОЛ ВЪРХУ ДЕЙНОСТТА НА ЛЕЧЕБНИТЕ
ЗАВЕДЕНИЯ ПО МЕТОДИКА ЗА СУБСИДИРАНЕ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ
ПРЕЗ 2011 Г.**

ГЛАВА I

ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ. КОНТРОЛНИ ОРГАНИ

Чл.1. С тези указания се определят:

1. реда и обхвата на контрола, осъществяван по отношение на лечебните заведения, субсидирани от Министерство на здравеопазването през 2011 г.

2. правата и задълженията на контролните органи.

Чл.2. (1) Регионалната здравна инспекция (РЗИ) осъществява планов контрол върху дейността на лечебните заведения, субсидирани от Министерство на здравеопазването през 2011 г. на територията на съответната област.

(2) Извън установения план РЗИ извършва проверки и в случаите на:

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

2. постъпили жалби и сигнали във връзка с дейността на лечебните заведения по методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2011 г.

Чл.3 (1) За осъществяване на плановата контролна дейност директорът на РЗИ утвърждава тримесечен и месечен план за осъществяване на контролната дейност по Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2011 г. от експертите на РЗИ.

(2) За осъществяване на дейностите по контрола директорът на РЗИ определя със заповед отговорно длъжностно лице, което:

1. анализира получената информацията от предадените от лечебните заведения отчети и от осъществения предварителен контрол по чл. 9 от Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2011 г. / Методиката /.

2. планира и организира контролната дейност в съответствие с общите разпоредби на чл.11 от Методиката и резултатите от анализа по т. 1.

3. контролира изпълнението на дейността от отговорните длъжностни лица по чл. 6)

4. обобщава и анализира резултатите от извършените проверки.

5. изготвя препоръки за подобряване на контролната дейност.

6. изготвя доклад, в който отчита резултатите от извършените проверки пред директора на РЗИ.

Чл.4. Изпълнителна агенция „Медицински одит” (ИАМО) извършва проверки на дейността на лечебни заведения, субсидирани от МЗ, по разпореждане на министъра на здравеопазването в случаите, когато:

1. лечебните заведения не са подали в установените срокове документите по чл. 8 на Методиката

2. при проверките на РЗИ са установени несъответствия, посочени в доклада по чл. 11, ал. 2 на Методиката.

3. когато лечебното заведение е отчело обем дейност, надвишаващ с повече от 10 % обема дейност за предходния съпоставим период.

Чл.5. РЗИ и ИАМО извършват контрол върху дейността на лечебните заведения в областта по отношение на:

1. законосъобразност на осъществяваната по договор с Министерство на здравеопазването медицинска помощ.

2. качество на оказаната медицинска помощ и спазване на изискванията на методиката и утвърдените медицински стандарти.

3. достоверност на отчетната информация.

ГЛАВА II ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕЖДАНЕ НА КОНТРОЛА.

РАЗДЕЛ I ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА КОНТРОЛНИТЕ ОРГАНИ

Чл.6. (1) Контролната дейност се извършва от проверяващ екип в състав от не по-малко от две длъжностни лица и по изключение от едно длъжностно лице.

(2) Длъжностно лице не може да участва в извършване на проверка на подконтролен обект, в чиито състав е неговата съпруг/а, роднини по права линия без ограничения, по сребрена линия до четвърта степен и по сватовство до втора степен включително;

(3) Длъжностните лица извършват проверки при спазване на изискванията за недопускане на конфликт на интереси и носят лична отговорност за известяване за потенциален конфликт на интереси, за вземане на мерки за избягването му и за информизиране на прекия ръководител незабавно след узнаването на конфликта.

(4) При деклариране и/или установяване на конфликт на интереси, ръководителят на съответното длъжностно лице предлага на Директора на РЗИ / Изпълнителния директор на ИАМО изпълнението да бъде възложено на друг служител или него самия.

(5) При установяване на ситуация в хода на проверката, която може да се счита за конфликт на интереси, проверяващия има право да не участва в по-нататъшното извършване на проверката.

Чл.7. При провеждане на контрола, в състава на проверяващия екип могат да бъдат включвани при необходимост и представители на други институции и организации, както и външни експерти по специалности.

Чл.8. Длъжностните лица по чл. 6, осъществяващи контролна дейност от РЗИ и ИАМО, 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.9. (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. наименование на органа, който я издава;
2. номер и дата на издаване на заповедта;
3. фактически и правни основания за издаване на заповедта;
4. трите имена и длъжността на лицата, които ще извършват проверката;
5. наименование и адреса на лечебното заведение, което ще бъде проверявано;
6. вид, предмет и задачи на проверката;
7. срок за извършване на проверката;
8. подпис и длъжност на лицето издало заповедта.

(3) При извършване на последваща проверка, в заповедта към основанията за извършване на проверката се вписва и номера на протокола, с който са констатирани нарушенията.

Чл.10. (1) При подготовката за извършване на проверка се събира първоначална информация за обекта подлежащ на контрол, резултати от предходни проверки (при наличие на такива) и се разпределят задълженията и отговорностите между проверяващия екип.

(2) Проверката се извършва в регламентирания в заповедта срок.

(3) При необходимост от удължаване на срока на проверката се изготвя писмен доклад до органа, издал заповедта с мотивирано предложение за удължаване на срока .

Чл.11. (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 заведението, нанесен на екземпляра, оставащ в контролиращия екип.

(3) В случай, че лицето представляващо проверявания обект откаже достъп за извършване на проверката и приемане на заповед 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) Проверяващият 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) По време на проверката се осъществява събиране и анализиране на необходимите данни, като всеки член от проверяващият екип поема своите задължения и отговорности.

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

Чл.12. (1) 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 на пациенти.

6. други необходими документи в хода на проверката.

Чл.13. След приключване на проверката проверяващият екип обсъжда констатациите от проверката с представителя на лечебното заведение и дава възможност за предоставяне на допълнителни доказателства и обяснения.

Чл.14. 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 и срок за отстраняване
10. подписът на съставителя (длъжностните лица, извършили проверката) и лицето, представляващо лечебното заведение - обект на проверката и датата на връчване на протокола.

Чл.15 (1) При изготвянето на протокола се спазват следните изисквания:

1. компетентно и обективно представяне на конкретни и безспорно установени факти;
2. цялостно представяне на основния доказателствен материал;
3. обоснованост и доказаност на констатираните нарушения.

Чл.16. (1) Неразделна част от констативния протокол са използваните в хода на проверката заверени копия на първичната медицинска, финансова документация, отчети, писмени обяснения и други доказателствени материали съгласно Глава IV на настоящото указание.

(2) Изготвените Констативният протокол протоколи следва да съдържат лични данни, по смисъла на Закона за защита на личните данни и същият следва да бъде включен в съответния регистър за лични данни и спрямо тях се процедира в съответствие с изискванията за водене на регистрите на лични данни.

Чл.17. (1) Констативният протокол се изготвя в срок до 5 дни от приключване на проверката в три екземпляра, по 1 за лицето, представляващо лечебното заведение - обект на проверката, за изпълнителния директор на ИАМО и за Директора на РЗИ.

(2) Когато 5 дневния срок не може да бъде спазен, за това се уведомява директора на РЗИ / изпълнителния директор на ИАМО, издал заповедта за проверка.

Чл.18. 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.19. При констатираните нарушения и установен срок за отстраняването им, задължително се планира и извършва повторна проверка.

ГЛАВА III

ОТЧЕТНОСТ И СЪХРАНЕНИЕ НА ДОКУМЕНТАЦИЯТА ЗА ОСЪЩЕСТВЕНАТА КОНТРОЛНА ДЕЙНОСТ ПО МЕТОДИКАТА ЗА СУБСИДИРАНЕ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ПРЕЗ 2011Г. В РЗИ

Чл. 20. Ежемесечно до 21 число на месеца експертите, участвали в проверките, предоставят на лицето по чл. 3, ал. 2 сведения за проведените проверки през предходния месец и изготвените протоколи.

Чл. 21. (1) Ежемесечно, до 23-то число на месеца, лицето по чл. 3, ал. 2 представя на директора на РЗИ обобщен доклад за проведените през предходния месец проверки.

(2) Изготвеният доклад следва да съдържа информация за:

- брой проверки по вид на обследвания обект;
- брой повторни проверки;
- направени констатации и препоръки;
- основни заключения;
- постигнати резултати от контролната дейност;
- затруднения при осъществяване на контролната дейност

Чл. 22. На всяко тримесечие директорът на РЗИ изготвя обобщен доклад за извършените проверки, който в срок до 25 число на месеца, следващ отчетното тримесечие се изпраща на Министъра на здравеопазването.

Чл. 23. Протоколите от проверките се съхраняват на хартиен носител, по пореден номер на протокола.

Чл. 24 (1) В РЗИ се разкриват и поддържат досиета на лечебните заведения, сключили договор по методиката.

(2) Досиетата съдържат: копие от договорите за субсидиране с министерство на здравеопазването, месечни и тримесечни отчети, протоколите от извършените проверки, събрани допълнителни материали в хода на проверката, както и информация, предоставена от други органи по отношение на обекта и др.

Чл. 25. Досиетата на лечебните заведения се съхраняват за срок от пет години.

ГЛАВА IV

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

РАЗДЕЛ I

Контрол на лечебни заведения, които са субсидирани от МЗ за оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение.

Чл.26. (1) При осъществяване на контрол на лечебни заведения, които са субсидирани от МЗ за оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на функционираща структура (отделение/клиника) по спешна медицина – I, II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Спешна медицина”,

2. наличие на функционираща структура по анестезиология и интензивно лечение II или III - то ниво на компетентност, както и поне 5 от следните медицински специалности: хирургия; вътрешни болести; кардиология; неврология, педиатрия; акушерство и гинекология; ортопедия и травматология; очни болести и ушно-носно-гърлени болести;

3. наличие на функционираща медико - диагностични структури - клинична лаборатория II или III - то ниво на компетентност и структура по "образна диагностика", осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график;

4. наличие на функционираща структура по клинична патология и съдебна медицина;

(2) Резултатите от проверката се отразяват в справка по образец - Таблица 1 към Приложение № 1 на настоящите указания.

Чл.27. (1) За нуждите на контрола се изисква информация и се проверяват следните документи:

1. щатно разписание и работен график на лекарите и медицинския персонал в

структурата;

2. отчетна документация към РЗИ – Приложение № 30 и 31 на Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2011 г.;

3. лист за преглед на пациент в спешно отделение, съгласно Приложение № 1 на Методични указания за медицинската документация за отчитане на извършената медицинска дейност и за попълване на отчетните документи по Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2011 г.;

4. сведение за хоспитализираните пациенти в лечебното заведение;

5. друга медицинска документация по преценка на проверяващият екип.

(2) При установяване на случаи на пациенти, отчетени по Методиката, които са били хоспитализирани в същото лечебно заведение в рамките на 24 часа по повод същото заболяване, проверяващият екип отразява резултатите в справка по образец - Таблица 1 А към Приложение № 1 на настоящите указания. За оценка на обема и качеството на осъществената дейност в спешно отделение, проверяващият екип събира информация за извършените дейности на пациенти, преминали през спешно отделение, които не се хоспитализирани в същото лечебно заведение - клинична лаборатория, образна диагностика, специализирани консултации и отразява резултатите в справка по образец - Таблица 1Б към Приложение № 1 на настоящите указания.

(3) Оценката по ал. 2 се извършва от РЗИ поне веднъж веднъж годишно.

РАЗДЕЛ II

Контрол на лечебни заведения за болнична помощ, които са субсидирани от МЗ за дейности по транспорт и диализно лечение.

Чл.28. (1) При осъществяване на контрол на лечебни заведения за болнична помощ, които са субсидирани от МЗ за дейности по транспорт и диализно лечение, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на функционираща структура по диализно лечение - I, II или III - то ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на Медицински стандарт „Диализно лечение”.

2. Наличие на Заповед на управителя / изпълнителния директор на лечебното заведение за организация на дейностите по транспорт на болните на диализно лечение (в случаите на използване на собствен транспорт) или договор за осъществяване на транспорт на болните на диализно лечение с външна организация.

3. наличие на клинична лаборатория - собствена или по договор на територията на лечебното заведение.

(2) Резултатите от проверката се отразяват в справка по образец - Таблица 2 към Приложение № 2 на настоящите указания.

Чл.29. (1) За нуждите на контрола се изисква информация и се проверяват следните документи:

1. щатно разписание и работен график на лекарите и медицинския персонал в структурата.

2. информирано съгласие за диализно лечение, спиране на лечение и отказ от лечение.

3. диализни протоколи съгл. Таблица 1 от Медицински стандарт „Диализно лечение”.

4. месечен отчет за дейността на диализната структура, съгл. изискванията на РЗИ във връзка с Раздел VI Документация, т. 2 и подт. „а” от Медицински стандарт „Диализно лечение”.

5. тримесечни отчети съгласно Таблица 2 и Таблица 3 от Медицински стандарт „Диализно лечение”.

6. хемодиализен журнал.
 7. друга медицинска документация по преценка на проверяващият екип
 8. приемно - предавателни протоколи на пациенти с перитонеална диализа.
 9. приемно - предавателни протоколи на пациенти с апаратна перитонеална диализа.
 10. документи за извършен разход за транспортиране на болни на диализни процедури.
 11. справки по образец - Таблици 2А, 2Б и 2В към Приложение № 2 на настоящите указания, свързани с доставянето и изразходването на лекарствените продукти и медицинските изделия.
 12. отчетна документация към РЗИ – Приложение № 30 и 31 към Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2011 г.
- (2) Проверяващият екип изготвя справка по образец Таблица 2Г към Приложение № 2 на настоящите указания, за осъществените контролни дейности.

Раздел III

Контрол на лечебни заведения за болнична помощ, които са субсидирани от МЗ за дейности за интензивно лечение

Чл.30. (1) При осъществяване на контрол на многопрофилни болници за активно лечение, които са субсидирани от МЗ за дейности по интензивно лечение, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на функциониращо Отделение/Клиника по анестезия и интензивно лечение – II или III - то ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на Медицински стандарт „Анестезиология и интензивно лечение”;
2. наличие на функциониращо Отделение/Клиника по спешна медицина - I, II или III - то ниво на компетентност;
3. наличие на функциониращи структури по поне на пет от следните медицински специалности: хирургия; вътрешни болести; кардиология; неврология, педиатрия; акушерство и гинекология; ортопедия и травматология; очни болести, ушно-носно-гърлени болести;
4. Наличие на функционираща/и структура/и по клинична патология и съдебна медицина;
5. наличие на функционираща структура за диализно лечение I, II или III - то ниво на компетентност с възможности за спешна диализа;
6. наличие на функциониращи медико-диагностични структури - клинична лаборатория - II или III - то ниво, микробиологична лаборатория и образна диагностика.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец - Таблица 3 към Приложение № 3 на настоящите указания.

(3) При осъществяване на контрол на специализирани болници за активно лечение, които са субсидирани от МЗ за дейности по интензивно лечение, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на функциониращо отделение/клиника или осъществяване на дейности по интензивно лечение - II или III - то ниво на компетентност в съответствие с изискванията на Медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение”, специализирани за лечение на болни със заболявания по някоя от следните специалности: акушерство и гинекология; детски болести, кардиология; пневмология и фтизиатрия, инфекциозни болести и онкология;
2. наличие на медико-диагностични структури - клинична лаборатория - II или III – то ниво, микробиологична лаборатория (на територията на населеното място) и образна диагностика;

3. наличие на функциониращ приемно-консултативен кабинет и създадена организация за 24 - часов прием на болни със спешни състояния по разкритите в тях специалности;

(4) Резултатите от проверката по ал. 3 се отразяват в справка по образец - Таблица 3А към Приложение № 3 на настоящите указания.

(5) При осъществяване на контрол на лечебни заведения за болнична помощ, осъществяващи приоритетни дейности с национално значение, които са субсидирани от МЗ за дейности по интензивно лечение, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на функциониращо отделение/клиника по анестезия и интензивно лечение – III - то ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на Медицински стандарт „Анестезиология и интензивно лечение“;

2. наличие на функциониращи структури, осъществяващи поне една от следните приоритетни дейности: трансплантация и/или постреплантационно наблюдение на болни; кардиохирургия, неврохирургия; токсикология, психиатрия;

3. наличие на медико-диагностични структури - клинична лаборатория - II или III – то ниво, микробиологична лаборатория и образна диагностика;

(6) Резултатите от проверката по ал. 5 се отразяват в справка по образец - Таблица 3 Б към Приложение № 3 на настоящите указания.

Чл.31 (1) За нуждите на контрола се изисква информация и се проверяват следните документи:

1. щатно разписание и работни графици;

2. отчетна документация към РЗИ – Приложение № 30 и 31 към Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2011 г.;

3. първична медицинска документация (История на заболяването)

6. чек-листи за прием в ОАИЛ на болни, при които се налага интензивно лечение – Приложение 2 към на Методични указания за медицинската документация за отчитане на извършената медицинска дейност и за попълване на отчетните документи по Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2011 г.;

7. друга медицинска документация по преценка на проверяващият екип

8. справки по образец - Таблицы 2А и 2Б към Приложение № 2 на настоящите указания, свързани с доставянето и изразходването на лекарствени продукти за интензивно лечение на болни с хемофилия с тежки, животозастрашаващи кръвоизливи;

9. справка за използваемостта на интензивните легла;

(2) Проверяващият екип съставя справка по образец - Таблица 3 В към Приложение № 3 на настоящите указания за изпълнение на критериите за прием и дехоспитализация в ОАИЛ.

РАЗДЕЛ IV

Контрол на лечебни заведения, които са субсидирани от МЗ за дейности за амбулаторно проследяване (диспансеризация) и лекарствена терапия на болни с онкологични заболявания

Чл.32 (1) При осъществяване на контрол на многопрофилни болници за активно лечение и комплексни онкологични центрове, които са субсидирани от МЗ за дейности по амбулаторно проследяване (диспансеризация) и лекарствена терапия на болни с онкологични заболявания, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разкрито Отделение/Клиника по медицинска онкология/клинична хематология;

2. наличие на структура с легла за дневна системна противотуморна терапия с

краткосрочен престой (до 12 часа);

3. заповед за наличие в лечебното заведение на действаща обща клинична онкологична комисия и клинична онкологична комисия по химиотерапия;

4. наличие на медико-диагностични структури, включващи клинична лаборатория и образна диагностика;

5. наличие на изградена информационна система за регистрация на болни с онкологични заболявания и връзка с Националния раков регистър;

6. наличие на лекари с придобита специалност в съответствие с Приложение № 21 към чл. 3, ал. 1. т. 4.1 от Методиката;

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец Таблица 4 към Приложение № 4 на настоящото указание.

Чл.33 (1) За нуждите на контрола се изисква информация и се проверяват следните документи:

1. амбулаторен журнал за проследяване на диспансеризираните болни; ЛАК, онкологични досиета;

2. история на заболяването на болните в стационара, на които е прилагана лекарствена терапия;

3. щатно разписание и работни графици;

4. отчетна документация към РЗИ;

5. справки по образец Таблица 4Б към Приложение № 4 на настоящите указания, свързани с доставянето и изразходването на лекарствените продукти и медицинските изделия.

(2) (Проверяващият екип изготвя справки по образец Таблица 4А и 4В, към Приложение № 4 на настоящите указания, за осъществените контролни дейности по образец.

РАЗДЕЛ V

Контрол на лечебни заведения, които са субсидирани от МЗ за амбулаторно проследяване (диспансеризация) и стационарно лечение на болни с психични заболявания

Чл.34 (1) При осъществяване на контрол на многопрофилни или специализирани болници за активно лечение, които са субсидирани от МЗ за дейности по амбулаторно проследяване (диспансеризация) и стационарно лечение на болни с психични заболявания, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разкрито Отделение / Клиника по психиатрия - I, II или III - то ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Психиатрия”;

2. 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;

3. наличие на лекари-специалисти за осъществяване на дейностите по диспансеризация;

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 - Таблица 5 към Приложение № 5 на настоящите указания.

(3) При осъществяване на контрол на центрове за психично здраве, които са субсидирани от МЗ за дейности по амбулаторно проследяване (диспансеризация) и стационарно лечение на болни с психични заболявания, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разкрити легла за диагностичен и лечебен престой, съгласно актуално

Разрешение за осъществяване на лечебна дейност;

2. 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;

3. наличие на лекари-специалисти за осъществяване на дейностите по диспансеризация;

4. Наличие на изградена информационна система за регистрация на болните с психични заболявания;

(4) Резултатите от проверката по ал.1 се отразяват в Таблица 5Г към Приложение № 5 на настоящото указание.

Чл.35 (1) За нуждите на контрола се изисква информация и се проверяват следните документи:

1. история на заболяването на болните на стационарно лечение;
2. амбулаторен журнал за проследяване на диспансеризираните болни;
3. диспансерни досиета;
4. щатно разписание и работни графици;
5. отчетна документация към РЗИ.

(2) При извършване на проверката задължително се събира информация за:

1. начин на хоспитализация на пациента, в т.ч:
 - 1.1. насочен от друго лечебно заведение;
 - 1.2. самонасочил се;
 - 1.3. настанен за задължително лечение;
 - 1.4. други.
2. честота на случаите на рехоспитализация;
3. Среден престой на болните.

(3) Проверяващият екип изготвя справки по образец Таблицы 5А, 5Б, 5В към Приложение № 5 на настоящите указания за осъществените контролни дейности по образец

РАЗДЕЛ VI

Контрол на лечебни заведения, които са субсидирани от МЗ за амбулаторно проследяване (диспансеризация) на болни с кожно-венерически заболявания

Чл.36 (1) При осъществяване на контрол на многопрофилни или специализирани болници за активно лечение, които са субсидирани от МЗ за дейности по амбулаторно проследяване (диспансеризация) на болни с кожно-венерически заболявания, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разкрита структура по кожно-венерически болести - II или III - то ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Кожно-венерически болести”;

2. наличие на разкрит кабинет за диагностика и лечение на полово предавани болести и микологичен кабинет;

3. наличие на медико-диагностични структури, включващи клинична лаборатория – II или III - то ниво, микробиологична лаборатория с възможности за серологична диагностика на сифилис или кабинет за лабораторна диагностика на сифилис и други полово предавани инфекции;

4. наличие на изградена информационна система за регистрация на болните с кожно-венерически заболявания;

(2) Резултатите от проверката по ал.1 се отразяват в справка по образец - Таблица 6А към Приложение № 6 на настоящото указание.

(3) При осъществяване на контрол на центрове за кожно-венерически болести, които са субсидирани от МЗ за дейности по амбулаторно проследяване (диспансеризация) на болни

с кожно-венерически заболявания, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разкрит кабинет за диагностика и лечение на полово предавани болести и микологичен кабинет;
2. наличие на медико-диагностични структури, включващи клинична лаборатория – II или III – то ниво, микробиологична лаборатория с възможности за серологична диагностика на сифилис или кабинет за лабораторна диагностика на сифилис и други полово предавани инфекции ;
3. наличие на изградена информационна система за регистрация на болните с кожно-венерически заболявания;

(4) Резултатите от проверката по ал.3 се отразяват в справка по образец - Таблица 6Б към Приложение № 6 на настоящите указания.

Чл.37 (1) За нуждите на контрола се изисква информация и се проверяват следните документи:

1. история на заболяването на болните на стационарно лечение
2. амбулаторен журнал за проследяване на диспансеризираните болни;
3. диспансерни досиета
4. щатно разписание и работни графици;
5. отчетна документация към РЗИ;

(2) Проверяващият екип изготвя справки по образец – Таблица 6, към Приложение № 6 на настоящите указания, за осъществените контролни дейности.

РАЗДЕЛ VII

Контрол на лечебни заведения, които са субсидирани от МЗ за амбулаторно проследяване (диспансеризация) и активно лечение на болни с активна туберкулоза

Чл.38 (1) При осъществяване на контрол на многопрофилни или специализирани болници за активно лечение, които са субсидирани от МЗ за дейности по амбулаторно проследяване (диспансеризация) и активно лечение на болни с активна туберкулоза, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на разкрита структура по пневмология и фтизиатрия - II или III - то ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пневмология и фтизиатрия”;
2. наличие на медико-диагностични структури, включващи клинична лаборатория – II или III - то ниво, микробиологична лаборатория, структура за функционална диагностика на дишането и образна диагностика;
3. наличие на разкрит приемно-консултативен кабинет и създадена организация за 24 - часов прием на болни със спешни състояния по разкритите в тях специалности;
4. наличие на изградена информационна система за регистрация на болните с туберкулоза;
5. За лечение на мултирезистентни форми на туберкулоза се изисква лечебното заведение, освен изпълнение на критериите по т. 7.1 до т. 7.4 да разполага с диагностични възможности за диагностика на лекарствена резистентност;
6. наличие на лекари с придобита специалност в съответствие с № 28 към чл. 3, ал. 1, т. 7.1 от Методиката;

(2) Резултатите от проверката по ал.1 се отразяват в справка по образец - Таблица 7 към Приложение № 7 на настоящите указания.

Чл.39 (1) За нуждите на контрола се изисква информация и се проверяват следните документи:

1. амбулаторен журнал за проследяване на диспансеризираните болни;
2. диспансерни досиета;

3. история на заболяването на болните на стационарно лечение;
4. щатно разписание и работни графици;
5. отчетна документация към РЗИ.

(2) Проверяващият екип изготвя справки по образец Таблици 7А, 7Б и 7В към Приложение № 7 на настоящите указания, за осъществяваните контролни дейности.

РАЗДЕЛ VIII

Контрол на лечебни заведения, които са субсидирани от МЗ за продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза и неспецифични белодробни заболявания.

Чл.40. (1) При осъществяване на контрол на специализирани болници за долекуване / продължително лечение / рехабилитация на болни с белодробни заболявания, които са субсидирани от МЗ за дейности за продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза и неспецифични белодробни заболявания, проверяващият екип извършва проверка за:

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

(2) Резултатите от проверката по ал.1 се отразяват в протокола от проверката.

Чл.41. (1) За нуждите на контрола се изисква информация и се проверяват следните документи:

1. история на заболяването на болните;
2. щатно разписание и работни графици;
3. отчетна документация към РЗИ.

(2) Проверяващият екип изготвя справка по образец -Таблица 8 към Приложение № 8 на настоящите указания.

РАЗДЕЛ IX

Контрол на лечебни заведения, които са субсидирани от МЗ за амбулаторно проследяване и лечение на пациенти с ХИВ и стационарно лечение на пациенти със СПИН

Чл.42. (1) При осъществяване на контрол на многопрофилни или специализирани болници за активно лечение, които са субсидирани от МЗ за дейности по амбулаторно проследяване и лечение на пациенти с ХИВ и стационарно лечение на пациенти със СПИН, проверяващият екип извършва проверка за:

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

(2) Резултатите от проверката по ал.1 се отразяват в справка по образец -Таблица 9 към Приложение № 9 на настоящите указания.

Чл.43. (1) За нуждите на контрола се изисква информация и се проверяват следните документи:

1. амбулаторен журнал за проследяване и лечение на пациентите с ХИВ/СПИН;
2. диспансерни досиета;

3. история на заболяването на болните;
4. щатно разписание и работни графици;
5. отчетна документация към РЗИ.

(2) Проверяващият екип изготвя справки за обществените контролни дейности.

РАЗДЕЛ X

Контрол на лечебни заведения, които са субсидирани от МЗ за високотехнологични дейности с национално значение.

Чл.44. (1) При осъществяване на контрол на високотехнологични дейности по реконструктивни хирургически операции за реплантация на тъкани, проверяващият екип изисква информация и се проверяват следните документи:

1. история на заболяването;
2. оперативен журнал;
3. щатно разписание и работни графици;
4. отчетна документация към РЗИ.

(2) Проверяващият екип изготвя справки за обществените контролни дейности.

Чл.45. (1) При осъществяване на контрол на лечебни заведения, които са субсидирани от МЗ за диагностични изследвания с PET/CT апаратура, проверяващият екип изисква информация и се проверяват следните документи:

1. първична медицинска документация (насочващи медицински документи; журнал, резултати от изследването);

2. листа на чакащите
4. заповед за комисия, която взема решение за осъществяване на PET/CT изследване
5. щатно разписание и работни графици;
6. отчетна документация към РЗИ;

(2) При осъществяване на контрола задължително се извършва проверка на:

1. критериите за планиране на болните за PET/CT изследване;

2. подадените от лечебните заведения ежемесечни отчети по чл. 8, ал. 1 от Методиката и информация за вписаните в листата на пациентите с показания за извършване на PET/CT изследване.

(3) Проверяващият екип изготвя справки за обществените контролни дейности.

Чл.46. (1) При осъществяване на контрол на лечебните заведения, които са субсидирани от министерство на здравеопазването за лапароскопски операции, извършени с робот, проверяващият екип изисква информация и се проверяват следните документи:

1. история на заболяването;
2. оперативен журнал;
3. щатно разписание и работни графици;
4. отчетна документация към РЗИ;
5. листа на чакащите.

(2) При осъществяване на контрола задължително се извършва проверка на:

1. критериите за планиране на болните за лапароскопски операции, извършени с робот;

2. подадените от лечебните заведения ежемесечни отчети по чл. 8, ал. 1 от Методиката и информация за вписаните в листата на пациентите с показания за извършване на лапароскопски операции, извършени с робот.

(3) Проверяващият екип изготвя справки за обществените контролни дейности.

РАЗДЕЛ XI

Контрол на лечебни заведения, които са субсидирани от МЗ за отдых и лечение на ветераните от войните и отдых, профилактика и рехабилитация на военнопострадали и военнопострадали.

Чл.47. (1) При осъществяване на контрол на специализирани болници за рехабилитация, които са субсидирани от МЗ за дейности по отдых и лечение на ветераните от войните и отдых, профилактика и рехабилитация на военнопострадали и военнопострадали, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на структури по физикална и рехабилитационна медицина - II или III - то ниво на компетентност;
2. възможност за осигуряване на отдых, профилактика и рехабилитация във всички региони на страната;
3. 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 протокола от извършената проверка.

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

1. приемен журнал;
2. медицинска документация;
3. щатно разписание и работни графици;
4. отчетна документация към РЗИ.

(4) Проверяващият екип изготвя справки за осъществените контролни дейности.

РАЗДЕЛ XII

Контрол на лечебни заведения, които са субсидирани от МЗ за медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК.

Чл.48. (1) При осъществяване на контрол на многопрофилни или специализирани болници за активно лечение и центрове за психично здраве, които са субсидирани от министерство на здравеопазването за дейности по медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК, проверяващият екип извършва проверка за:

1. наличие на заповед на Министъра на здравеопазването за разкриване на общи и/или специализирани ТЕЛК към съответното лечебно заведение;
2. наличие на кадрова осигуреност на съставите на ТЕЛК, съгласно Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и РКМЕ.

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

1. щатно разписание и работни графици;
2. регистър на издадените експертни решения;
3. отчетна документация към РЗИ.

(3) Проверяващият екип изготвя справки за осъществените контролни дейности.

РАЗДЕЛ XIII

Контрол на лечебни заведения, които са субсидирани от МЗ за дейност по дневни психо - рехабилитационни програми.

Чл.49. (1) При осъществяване на контрол на лечебни заведения, които са субсидирани от МЗ за дейност по дневни психо - рехабилитационни програми, проверяващият екип изисква информация и се проверяват следните документи:

1. дейността по дневни психорехабилитационни програми на лечебните заведения;
2. щатно разписание и работни графици;
3. отчетна документация към РЗИ.

(2) Проверяващият екип изготвя справка по образец -Таблица 10 към Приложение № 10 на настоящите указания.

РАЗДЕЛ XIV

Контрол на лечебни заведения, които са субсидирани от МЗ за дейност по субституиращи и поддържащи програми с метадон

Чл.50. (1) При осъществяване на контрол на лечебни заведения, които са субсидирани от МЗ за дейност по субституиращи и поддържащи програми с метадон, проверяващият екип изисква информация и се проверяват следните документи:

1. дейността по субституиращи и поддържащи програми;
2. щатно разписание и работни графици;
3. отчетна документация към РЗИ.

(2) Проверяващият екип изготвя справки за осъществените контролни дейности.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. (1) Към Приложения № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, и 9 се попълва и Карта на съответствието за проверка на спазването на изискванията на Медицински стандарт, приложение № 2 към чл. 19, ал. 8 от Наредба № 49 от 18 октомври 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи /обн. ДВ. бр.83 от 22 Октомври 2010 г./

(2) Към всяка таблица по приложенията се допуска отразяване на допълнителни данни установени в хода на проверките.

(3) Към всяка таблица от приложенията се допуска вписване на допълнителни данни, установени в хода на проверката.

§2. Даването на указания и текущият контрол по приложението и изпълнението на настоящите Указания се възлагат на директорите на РЗИ и Изпълнителния директор на ИАМО.

§3. Настоящите указания са изготвени на основание Заповед № РД 28 - 15 от 19.01.2011 г. на Министъра на здравеопазването.