



**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**  
**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

гр. София 1000, пл. "Св. Неделя" № 5  
тел. 9301 101, факс 981 1833

mail@mh.government.bg  
www.mh.government.bg

**ЗАПОВЕД**

№ РД-01-104  
гр. София, 15.05.....2015г.

На основание чл. 25, ал. 4 от Закона за администрацията и чл. 5, ал. 2, т. 20 от Устройствения правилник на Министерството на здравеопазването, във връзка с т. 5 от Заповед № РД-01-67/16.03.2015 г. за утвърждаване на Методика за субсидиране на лечебните заведения през 2015 г. (изм. и доп. със Заповед № РД-01-80/23.03.2015 г. и Заповед № РД-01-100/4.05.2015 г.)

**НАРЕЖДАМ:**

1. Утвърждавам Указания за извършване на контрол върху дейността на лечебните заведения по Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2015 г., съгласно приложението.
2. Контрола върху изпълнението на настоящата заповед възлагам на д-р Ваньо Шарков, заместник – министър на здравеопазването.
3. Заповедта да бъде съобщена на заинтересованите длъжностни лица в Министерството на здравеопазването, както и да бъде изпратена на изпълнителния директор на Изпълнителна агенция „Медицински одит“ и на директорите на регионалните здравни инспекции за сведение и изпълнение.
4. Указанията по т. 1 да бъдат обявени на официалната интернет страница на Министерството на здравеопазването незабавно след издаването на настоящата заповед.
5. Допускам предварително изпълнение на настоящата заповед с цел осигуряване на единна отчетност и контрол за дейностите по Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2015 г.
6. Настоящата заповед може да се оспори в едномесечен срок от обявяването ѝ пред Върховния административен съд, а допуснатото предварително изпълнение – в тридневен срок от обявяването ѝ пред Върховния административен съд.

**Д-Р ПЕТЪР МОСКОВ**  
**МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**



**Указания за извършване на контрол върху дейността на лечебните заведения по  
Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2015 г.**

**ГЛАВА ПЪРВА  
ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ**

**КОНТРОЛНИ ОРГАНИ**

**Чл. 1.** С тези указания, в съответствие с Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2015 г., утвърдена от министъра на здравеопазването, изписвана по-нататък за краткост „Методиката“, се определят:

1. Редът и обхватът на контрола, осъществяван по отношение на лечебните заведения, субсидирани от Министерство на здравеопазването, през 2015 г. по реда на Методиката.

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 2015 г. на територията на съответната област.

**(2)** Извън установения план, РЗИ извършва 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 тримесечен и месечен план.

**(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 Министерството на здравеопазването (МЗ), след възлагане от министъра на здравеопазването, в случаите, посочени в чл. 11 от методиката.

**(2)** Изпълнителният директор на ИАМО с нарочна 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)** РЗИ и ИАМО извършват контрол върху дейността на лечебните заведения 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.

(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 лекаря 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 натоварени с 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 от настоящите указания, 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 съответната 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. Собствено, бащино и фамилно име и длъжността 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 проверка.

8. При констатирани 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.** Лечебното заведение отчита ежемесечно извършената дейност по договор и представя в РЗИ месечен отчет.

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

(2) Досиетата съдържат: копие от договорите за субсидиране, сключени с Министерството на здравеопазването, месечни 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.** Ежемесечно до 21-во число на месеца ръководителите на екипи, участвали в проверките, предоставят на преките си ръководители сведение за проведените проверки през предходния месец и изготвените протоколи.

**Чл. 20. (1)** Ежемесечно, до 23-то число на месеца, преките ръководители представят 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. 21.** На всяко тримесечие директорът на РЗИ изготвя обобщен доклад за извършените проверки, който в срок до 25-то число на месеца, следващ отчетното тримесечие, се изпраща на министъра на здравеопазването.

## **ГЛАВА ЧЕТВЪРТА**

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

## **РАЗДЕЛ I**

### **КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, КОИТО СА 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 спешните 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 - I, II или III ниво на

компетентност, в съответствие с изискванията на Медицински стандарт „Спешна медицина“.

3. Наличие на разкрита структура по анестезиология и интензивно лечение II или III ниво на компетентност.

4. Наличие на разрешена дейност 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 II или III ниво на компетентност и структура по „образна диагностика“, осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график.

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

(3) При осъществяване на контрол на държавни и общински многопрофилни болници за активно лечение, извън тези по ал. 1, 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.):

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.

2. Наличие на разкрит на територията на населеното място филиал на центъра за спешна медицинска помощ, в съответствие с изискванията на Медицински стандарт „Спешна медицина“.

3. Наличие на разкрити структури по най-малко 3 от следните медицински специалности - хирургия, ортопедия и травматология, вътрешни болести, неврология, педиатрия, акушерство и гинекология.

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

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

(5) За нуждите на контрола относно пациенти, преминали през СО 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 Министерство на здравеопазването, представена в съответната РЗИ.

2. Лист за преглед на пациент в спешно отделение.

3. Истории на заболяване.

4. Друга медицинска документация по преценка на проверяващия екип.

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

## РАЗДЕЛ II

### **КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, КОИТО СА СУБСИДИРАНИ ОТ МЗ ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ ПО ПРИЛОЖЕНИЕ № 2 КЪМ ЧЛ. 2, АЛ. 1, Т. 2 ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ЖИВОТОЗАСТРАШАВАЩИ КРЪВОИЗЛИВИ, СПЕШНИ ОПЕРАТИВНИ И ИНВАЗИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ НА ПАЦИЕНТИ С ВРОДЕНИ КОАГУЛОПАТИИ И ЗА ПАРЕНТЕРАЛНО ХРАНЕНЕ НА ПАЦИЕНТИ СЪС „СИНДРОМ НА КЪСОТО ЧЕРВО“ КАТО ПЕРИОДИЧНО ПОДДЪРЖАЩО ЗАМЕСТИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ ИЗВЪН ФАЗАТА НА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ**

**Чл. 23. (1)** При осъществяване на контрол на държавни и общински специализирани 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 коаголопатии, проверяващият екип извършва проверка за:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.

2. Наличие на разкрито Отделение/Клиника 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 № 4.

(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 коаголопатии, проверяващият екип извършва проверка за:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.

2. Наличие на статут на университетска болница, по реда на чл. 90, ал. 2 от Закона за лечебните заведения.

3. Наличие на Отделение/Клиника или осъществяване на дейности по Клинична хематология – II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на Медицински стандарт „Клинична хематология”.

4. В съответната област няма разкрити лечебни заведения по ал. 1.

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

(5) При осъществяване на контрол на държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение за осигуряване на лекарствени продукти по Приложение № 2, т. II от Методиката, за паренетерално 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 паренетерално 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 за това, че лечението може да бъде провеждано в конкретното лечебно заведение.

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

(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 Министерство на здравеопазването, представена в съответната РЗИ.

2. Мотивирано искане, съгласно Приложение № 32 към чл. 3, ал. 4 от Методиката.

3. Истории на заболяване.

4. Лекарствен лист и приемно-предавателен протокол.

5. Друга медицинска документация по преценка на проверяващия екип.

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

### **РАЗДЕЛ III**

## **КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, КОИТО СА 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 Отделение / Клиника по психиатрия - I, II или III ниво на

компетентност, съгласно медицински стандарт „Психиатрия“.

3. Наличие на разкрит приемно-консултативен кабинет и създадена организация за 24 - часов прием на болни с психични заболявания, в т.ч. и със спешни състояния.

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

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 9.

(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, съгласно 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 № 10.

(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 31.12.2014 г. за хора с психични заболявания.

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

2.1. определен ръководител на дейностите по рехабилитация.

2.2. осигурен многопрофилен терапевтичен екип от персонала, който вече работи в лечебното заведение, включващ психиатър и или детски психиатър, психолог, социален работник, медицинска сестра, трудотерапевт/социален рехабилитатор, административен служител.

(6) Резултатите от проверката по ал. 5 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 11.

(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 № 19, т. II 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 № 12.

(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 № 13.

**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-ия 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 № 14.

(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-ия ден след раждането, се отразява в справка по образец, съгласно Таблица № 15.

(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 отделение/клиника 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 № 16.

#### **РАЗДЕЛ IV**

### **КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, КОИТО СА 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 освен да са изпълнени критериите по т. 1 до т. 5, лечебното заведение да разполага и с диагностични възможности за диагностика на лекарствена резистентност.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 17.

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

(2) Дейностите по амбулаторно проследяване (диспансеризация) на болни с туберкулоза до 18 г. се отчитат по образец, съгласно Таблица № 19.

**РАЗДЕЛ V**  
**КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, КОИТО СА 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 долекуване/ 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).

**(2)** Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 20.

**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 № 21.

**Чл. 30.** За нуждите на контрола 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. 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 проверяващия 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 Клинична пътека № 215 и/или № 216 и/или № 217 и/или № 220 и/или № 221 и/или № 222.

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

(3) За нуждите на контрола 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. Отчетна документация към НЗОК за изпълнение на оперативна процедура, отговаряща на изискванията на Клинична пътека № 215 и/или № 216 и/или № 217 и/или № 220 и/или № 221 и/или № 222.

3. История на заболяване.

4. Документ за налична травма или друго остро състояние.

5. Друга медицинска документация по преценка на проверяващия екип.

(4) Резултатите от проверката по ал. 3 се отразяват в справка по образец, съобразно Таблица № 23.

**Чл. 32. (1)** За прилагане на Медицински изделия (очни лещи и вискосубстанция) 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 Клинична пътека № 131.

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

(3) За нуждите на контрола 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. Отчетна документация към НЗОК за изпълнение на оперативна процедура по отстраняване на катаракта в съответствие с изискванията на Клинична пътека № 131.

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 проверяващия екип.

(4) Резултатите от проверката по ал. 3 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 24.

**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 Отделение/Клиника по хирургия II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на Общи медицински стандарти по хирургия.
3. Наличие на договор с НЗОК за изпълнение на Клинични пътеки № 167 и № 168.

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

(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 Министерство на здравеопазването, представена в съответната РЗИ.

2. Отчетна документация към НЗОК за изпълнение на оперативна процедура при хернии в съответствие с Клинични пътеки № 167 и № 168.

3. Документ, удостоверяващ необходимостта от прилагане на високоспециализирано медицинско изделие (меш/платно за пластика на коремна стена).

4. Документ, удостоверяващ поставянето 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 проверяващия екип.

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

**Чл. 34. (1)** За медико-диагностични дейности с прилагане на контраст, извън пакет „Образна диагностика” по Наредба № 40 от 24.11.2004 г. за определяне на основния пакет 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 Отделение/Клиника 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 № 22.

(3) За нуждите на контрола относно медико-диагностични дейности с прилагане на контраст, извън пакет „Образна диагностика” по Наредба № 40 от 24.11.2004 г. за определяне на основния пакет 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 проверяващия екип.

(4) Резултатите от проверката по ал. 3 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 26.

## **РАЗДЕЛ VIII**

### **КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, КОИТО СА 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 № 27.

## **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 № 28.

## **РАЗДЕЛ X**

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

**Чл. 37. (1)** При осъществяване на контрол на „Специализирана болница за активно лечение по онкология“ ЕАД – гр. София проверяващият екип извършва проверка за:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на актуален Национален раков регистър.
3. Наличие на изградена информационна система за регистрация на болните с онкологични заболявания в Националния раков регистър.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 29.

**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 № 30.

## **РАЗДЕЛ XI**

### **КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, КОИТО СА 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 психореабилитационни програми, 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 на здравеопазването дневни психо-рехабилитационни програми към 31.12.2014 г.

(2) Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 31.

(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 31.12.2014 г.

(4) Резултатите от проверката по ал. 3 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 32.

(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 Отделение/Клиника по Физикална и рехабилитационна медицина – II или III ниво на компетентност, съгласно Медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина”.

3. Наличие на опит в изпълнение на рехабилитационни програми за жени, оперирани от рак на млечната жлеза към 31.12.2014 г.

4. Наличие на мултидисциплинарен екип от специалисти, включващ:

4.1. Лекарите 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 № 33.

(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 № 34.

(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. ПМК (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. Остеонезитрометрия – не е задължително.

(9) Резултатите от проверката по ал. 8 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 35.

## **РАЗДЕЛ XII**

### **КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, КОИТО СА СУБСИДИРАНИ ОТ МЗ ЗА ДЕЙНОСТ ПО СУБСТИТУИРАЩИ И ПОДДЪРЖАЩИ ПРОГРАМИ С МЕТАДОН**

**Чл. 40. (1)** При осъществяване на контрол на държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение за дейност по субституиращи и поддържащи 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 на здравеопазването субституиращи и поддържащи програми с метадон към 31.12.2014 г.

**(2)** При осъществяване на контрол на държавни и общински центрове за психично здраве за дейност по субституиращи и поддържащи 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, съгласно Разрешението за осъществяване на лечебна дейност.
3. Наличие на действащи и финансирани от Министерство на здравеопазването субституиращи и поддържащи програми с метадон към 31.12.2014 г.

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

## **РАЗДЕЛ XIII**

### **КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, КОИТО СА СУБСИДИРАНИ ОТ МЗ ЗА ДЕЙНОСТ ПО ОСИГУРЯВАНЕ НА ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И НАБЛЮДЕНИЕ НА ДЕЦА ДО ОТПАДАНЕ НА МЕДИЦИНСКИЯ РИСК, ИЗВЪН ОБХВАТА НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ**

**Чл. 41. (1)** При осъществяване на контрол за дейности по Приложение № 28 т. I и т. II - държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение по осигуряване на лечение и преходни грижи за новородени деца до отпадане на медицинския 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 Отделение/Клиника по неонатология – III ниво на компетентност, съгласно Медицински стандарт „Неонатология”.
3. Наличие на разкрит сектор за специални грижи, съгласно медицински стандарт „Неонатология”.

**(2)** Резултатите от проверката по ал. 1 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 37.

**(3)** При осъществяване на контрол за дейности по Приложение № 28 т. III - държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение по осигуряване на лечение и преходни грижи за новородени деца с вродени сърдечни малформации, претърпели оперативна интервенция до навършването на 1 годишна възраст, когато продължителността на лечението и постоперативните грижи, надвишава минималния

престой, заплащан от НЗОК по клинична пътека, проверяващият екип извършва проверка за:

1. Наличие на Разрешение за осъществяване на лечебна дейност.
2. Наличие на разкрито отделение/клиника по педиатрия и/или детска кардиология - III ниво на компетентност, съгласно Медицински стандарт „Педиатрия”.

3. Наличие на разкрито отделение/клиника по кардиохирургия и/или детска кардиохирургия - III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия, пластично-възстановителна и естетична хирургия и лицево-челюстна хирургия”.

(4) Резултатите от проверката по ал. 3 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 38.

(5) За нуждите на контрола относно критериите за субсидиране на дейности по осигуряване на лечение и преходни грижи за 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 Министерство на здравеопазването, 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 проверяващия екип.

(6) Резултатите от проверката по ал. 5 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 39.

(7) При осъществяване на контрол за дейности по Приложение № 28 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 № 40.

(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 № 41.

#### **РАЗДЕЛ XIV**

### **КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, КОИТО СА 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 - I, II или III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на Медицински стандарт „Спешна медицина“ и разкрити структури по някоя от следните специалности - неврология, кардиология, нефрология с III ниво на компетентност, съгласно съответните медицински стандарти.

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

5. Наличие на апарат за екстракорпорално кръвообращение и сетове с мембрани/центрофуги за сепариране на форменните елементи на кръвта от плазмата или разделяне на видовете полипептиди в човешката плазма.

6. 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 № 42.

(3) Извършва се проверка за спазване критериите за провеждане на терапевтична афереза, посочени в Приложение № 29 на Методиката, както и наличието на следните документи:

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

- Декларация за информирано съгласие (Образец № 1 към Приложение № 29 на Методиката), подписана от пациента/родителя.

- Документ за процедура „Терапевтична афереза“ – протокол по Образец № 2 към Приложение № 29 на Методиката.

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

#### **РАЗДЕЛ XV**

### **КОНТРОЛ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, КОИТО СА 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 - I, II или III ниво на

компетентност, в съответствие с изискванията на Медицински стандарт „Спешна медицина“ и разкрити структури по някоя от следните специалности - неврология, кардиология, нефрология с III ниво на компетентност, съгласно съответните медицински стандарти.

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

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

6. 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 № 44.

(3) Извършва се проверка за спазване критериите за провеждане на терапевтична афепеза, посочени в Приложение №30 към Методиката, както и наличието на следните документи:

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

- Декларация за информирано съгласие (Образец № 1 към Приложение № 30 на Методиката), подписана от пациента/родителя.

- Документ за процедура „Бъбречнозаместителна терапия” – Протокол по Образец № 2 към Приложение № 30 на Методиката.

(4) Резултатите от проверката по ал. 3 се отразяват в справка по образец, съгласно Таблица № 45.

## **РАЗДЕЛ XVI**

### **КОНТРОЛ НА ОБЩИНСКИ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ В ТРУДНОДОСТЪПНИ И/ИЛИ ОТДАЛЕЧЕНИ РАЙОНИ НА СТРАНАТА, СЪГЛАСНО § 1, т. 5 и 6 ОТ ДОПЪЛНИТЕЛНАТА РАЗПОРЕДБА НА ЗАКОНА ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, КОИТО СА 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 Приложения №17 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.

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 долекуване и 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 № 46.

## **ЗАКЛЮЧИТЕЛНА РАЗПОРЕДБА**

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

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, II или III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на Медицински стандарт "Спешна медицина" | Структура по анестезиология и интензивно лечение II или III-то ниво на компетентност | Структури по 5 от следните медицински специалности |                  |             |            |                           |     |              |           |          |                                                        | Структури по:                                                                       |  |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------|-----|--------------|-----------|----------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                |                                                                                                                                                    |                                                                                      | АГ                                                 | Вътрешни болести | Кардиология | Неврология | Ортопедия и травматология | УНГ | Очни болести | Педиатрия | Хирургия | Образна диагностика осигуряващ 24 часов работен график | Наличие на клинична лаборатория II или III ниво осигуряваща 24 часов работен график |  |
| 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:

Справка за резултатите от проверката на държавни и общински многопрофилни болници за активно лечение, извън тези по ал. 1, 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.)

| Разрешение за осъществяване на лечебна дейност | Разкрит на територията на населеното място филиал на ЦСМП в съответствие на Медицински стандарт "Спешна медицина" | Структури по медицински специалности (най-малко 3) |                           |                  |            |           |    | Медико-диагностични структури                                |                                                             |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------|------------------|------------|-----------|----|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|                                                |                                                                                                                   | Хирургия                                           | Ортопедия и травматология | Вътрешни болести | Неврология | Педиатрия | АГ | Клинична лаборатория - с 24 часов непрекъснат работен график | Образна диагностика - с 24 часов непрекъснат работен график |
| 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 резултати от проверка за лица преминали през СО и хоспитализирани в същото лечебно заведение в рамките на 24 часа |             |     |                                      |                        |                        |                                    |      |                        |                   |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----|--------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------------------|------|------------------------|-------------------|--------------------------------|
| №                                                                                                                            | Трите имена | ЕГН | № на лист от преглед на пациент в СО | Постъпил в СО дата/час | Изписан от СО дата/час | МКБ код на поставена диагноза в СО | ИЗ № | Дата на хоспитализация | Клинична пътека № | МКБ код приемна диагноза по КП |
| 1                                                                                                                            | 2           | 3   | 4                                    | 5                      | 6                      | 7                                  | 8    | 9                      | 10                | 11                             |
|                                                                                                                              |             |     |                                      |                        |                        |                                    |      |                        |                   |                                |
|                                                                                                                              |             |     |                                      |                        |                        |                                    |      |                        |                   |                                |

Дата на проверката:

\*Забележка:

Проверяват се отчетите на ЛЗ към РЗИ и инф. система на съответното ЛЗ за хоспитализираните пациенти

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 за осигуряването на лекарствени продукти по Приложение № 2, т. I от Методиката за лечение на животозастрашаващи кръвоизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции на пациенти с вродени коагулопатии |                                                                                                                                                  |
| 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 болници за активно лечение за осигуряването на лекарствени продукти по Приложение № 2, т. 1 от Методиката за лечение на животозастрашаващи кръвоизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции на пациенти с вродени коагулопатии |                                                                 |                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Разрешение за осъществяване на лечебна дейност                                                                                                                                                                                                                                                               | Статут на университетска болница, по реда на чл.90,ал. 2 от ЗЛЗ | Наличие на Отделение/Клиника или осъществяване на дейности по Клинична хематология – II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на Медицински стандарт „Клинична хематология” |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2                                                               | 3                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |                                                                                                                                                                                                   |

Дата на проверката:

Забележка: Субсидията се предоставя на ЛЗ по т. 1Б от Приложение № 3, в случаите когато съответната област няма разкрити ЛЗ по т. 1А

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 надържавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение за осигуряване на лекарствени продукти 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 парентерално хранене на пациенти със „синдром на късото черво“ като периодично поддържащо заместително лечение, както и за това, че лечението може да бъде провеждано в конкретното 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 преминали пациенти с животозастрашаващи кръвоизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции с вродени коагулопатии |                         |         |                                                                      |                 |                                                                             |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|---|
| №                                                                                                                                                           | Трите имена на пациента |         | Мотивирано искане по образец, съгласно Приложение № 32 от Методиката | Лекарствен лист | Приемно-предавателен протокол за необходимото количество лекарствен продукт |   |
|                                                                                                                                                             | Име                     | Презиме |                                                                      |                 |                                                                             |   |
| 1                                                                                                                                                           | 2                       | 3       | 4                                                                    | 5               | 6                                                                           | 7 |
|                                                                                                                                                             |                         |         |                                                                      |                 |                                                                             |   |
|                                                                                                                                                             |                         |         |                                                                      |                 |                                                                             |   |

Дата на проверката:

Забележка:

Таблицата се попълва с "Да" или "Не" в колоната 5, 6 и 7

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и:.....

Наименование на лечебното заведение:

Отчетен период:

| Справка за резултатите от проверка за осигуряване на лекарствени продукти при пациенти за парентерално хранене със "синдром на късото черво", извън фазата на активно лечение |                         |         |         |      |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------|---------|------|------------------|
| №                                                                                                                                                                             | Трите имена на пациента |         |         | ИЗ № | Схема на лечение |
|                                                                                                                                                                               | Име                     | Презиме | Фамилия |      |                  |
| 1                                                                                                                                                                             | 2                       | 3       | 4       | 5    | 6                |
|                                                                                                                                                                               |                         |         |         |      |                  |
|                                                                                                                                                                               |                         |         |         |      |                  |

Дата на

Забележка:

Таблицата се попълва с "Да" или "Не" в колоната 6

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 стационарно 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 за стационарно лечение на болни с психични заболявания |                                                                                    |                                                                                                                       |                                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| Разрешение за осъществяване на лечебна дейност                                                                                               | Разкрити легла за диагностичен и лечебен престой, съгласно разрешението за дейност | 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 центрове за психично здраве:  
Отчетен период:

| Действащи<br>реабилитационни<br>програми<br>към 31.12.2014г.<br>за хора с<br>психични<br>заболявания | Утвърдена със заповед на<br>ръководителя или в<br>устройствения правилник<br>структура за рехабилитация,<br>в т.ч. трудотерапия |                                           | Изисквания към осъществяване на дейности по<br>рехабилитация в ЛЗ за психиатрична помощ, центрове за<br>психично здраве, психиатрични Отделения/Клиники към ЛЗ<br>за болнична помощ, които разполагат с: |                                                   |                                                                                     |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                          | Изисквания към персонала, осъществяващ дейности<br>по рехабилитация на болни с психични заболявания<br>в стационарни условия |                                  | Необходима<br>документация за<br>осъществяване на<br>програмите,<br>съгласно<br>Приложение № 22,<br>раздел № VII от<br>Методиката |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                      | Ръководител<br>на дейности<br>по<br>рехабилитация                                                                               | Многопрофил<br>ен<br>терапевтичен<br>екип | Структура за<br>рехабилитация<br>я, в т.ч.<br>трудотерапия                                                                                                                                               | Ръководител<br>на дейности<br>по<br>рехабилитация | Осигурен<br>многопрофил<br>ен<br>терапевтичен<br>екип, които<br>вече работи в<br>ЛЗ | Функционално<br>свързване с<br>други услуги в<br>структурата за<br>рехабилитация | Многопрофил<br>ен<br>терапевтичен екип,<br>психиатър и/или детски<br>психиатър, психолог,<br>соц. работник, мед.<br>сестра,<br>трудотерапевт/соц.<br>рехабилитатор,<br>административен<br>служител и др.<br>специалности | Наличие на<br>рехабилитационна карта                                                                                         | Наличие на<br>отчети/<br>рапорти |                                                                                                                                   |
| 1                                                                                                    | 2                                                                                                                               | 3                                         | 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

Изготвял/и:.....

Наименование на лечебното заведение по чл. 24, ал. 1 или 3 от настоящите указания:

Отчетен период:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Справка за резултатите от проверка на лечебни заведения по чл. 24, ал. 1 и ал. 3 от настоящите указания за стационарно лечение на пациенти с психични заболявания с непрекъснат 24-часов престой с продължителност до 1 месец, определена съгласно Приложение № 19 и Приложение № 21, 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 | Рапорт 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 на 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 структурирана 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. от Приложение № 18 от Методиката |                                                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                    | Вътрешни болести                                                                                                                             | Хирургия | Неврология | АГ | 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 служители 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 психични заболявания и тежки соматични заболявания/увреждания, както и бременни и родилки до 40-тия ден след раждането |                       |         |         |         |                          |                                           |                        |                                                   |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------|---------|---------|--------------------------|-------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------|----------|
| Критерии за обективизиране на състоянието на пациента                                                                                                                                                                               |                       |         |         |         |                          |                                           |                        |                                                   |          |
| №                                                                                                                                                                                                                                   | Три имена на пациента |         |         | № на ИЗ | Придружаващи заболявания | Назначени медико-диагностични изследвания | Консултативни прегледи | Предписани медикаменти за придружаващо заболяване | Епикриза |
|                                                                                                                                                                                                                                     | Име                   | Презиме | Фамилия |         |                          |                                           |                        |                                                   |          |
| 1                                                                                                                                                                                                                                   | 2                     | 3       | 4       | 5       | 6                        | 7                                         | 8                      |                                                   | 9        |
|                                                                                                                                                                                                                                     |                       |         |         |         |                          |                                           |                        |                                                   |          |
|                                                                                                                                                                                                                                     |                       |         |         |         |                          |                                           |                        |                                                   |          |
|                                                                                                                                                                                                                                     |                       |         |         |         |                          |                                           |                        |                                                   |          |

Дата на проверката:

Забележка:

Таблицата се попълва с "Да" или "Не" в колоната 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                                                                                                                                       |                                                                                               |                                          | Критерии за обективизиране на състоянието на пациента |          |
| Разрешение за осъществяване на лечебна дейност по специалността "Детска психиатрия"                                                                                                     | Разкрито Отделение/Клиника по Детска психиатрия или психиатрия с дейност по детска психиатрия | Налични записи за соматичното заболяване | История на заболяване с данни за проведенния ДТП      | Епикриза |
| 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 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 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 НАД 18 ГОДИНИ |                         |         |         |                |            |             |                                         |                                                                   |                                                       |                                                                                      |                          |                                                       |                                     |        |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------|---------|----------------|------------|-------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------|----------------------------------------------------|
| №                                                                                                                                 | Трите имена на пациента |         |         | Рубрика по МКБ | Код МКБ 10 | Заболявания | Специалист, провеждащ диспансеризацията | Продължителност на наблюдението в продължителната фаза на лечение | Клиничен преглед (специализирани мед. дейности и ВСД) | Продължителност след 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:  
Заведлещка: \*Отнася се за контактните деца в организирани колективи (детски заведения, домове, в училище и др.)  
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 |                         |         |         |            |             |            |                               |                            |                   |               |      |                                    |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------|---------|------------|-------------|------------|-------------------------------|----------------------------|-------------------|---------------|------|------------------------------------|------|
| ДО 18 ГОДИНИ                                                                                                        |                         |         |         |            |             |            |                               |                            |                   |               |      |                                    |      |
| №                                                                                                                   | Трите имена на пациента |         |         | Код МКБ 10 | Заболявания | 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:

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

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и:.....

Наименование на лечебното заведение:  
Отчетен период:

| Справка за резултатите от проверка на осъществяващите продължително лечение и рехабилитация пациенти с туберкулоза и неспецифични белодробни заболявания в държавни и общински специализирани болници за долекуване/продължително лечение/рехабилитация на болни с белодробни заболявания |                                                                                      |                                                                                                                                         |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 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 област) |   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2                                                                                    |                                                                                                                                         | 3 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                      |                                                                                                                                         |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                      |                                                                                                                                         |   |

Дата на проверката:

Забележка:

Таблицата се попълва с "Да" или "Не"

Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и:.....

Таблица № 21 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 служители на РЗИ

Изготвил/и:.....





Наименование на лечебното заведение

Отчетен период:

| Отчетен период:                                                                                                                                                                                                                  |             |         |         |     |                                        |             |         |         |         |         |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|---------|-----|----------------------------------------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Справка за резултатите от проверка на осъществяваните дейности по отношение на пациенти, на които са приложени медицински изделия<br>(изкуствени стави и остеосинтезни материали) при оперативни процедури в условия на спешност |             |         |         |     |                                        |             |         |         |         |         |         |
| №                                                                                                                                                                                                                                | Трите имена |         |         | ИЗ№ | Травма или<br>друго остро<br>състояние | Отчетен по: |         |         |         |         |         |
|                                                                                                                                                                                                                                  | Име         | Презиме | Фамилия |     |                                        | КП №215     | КП №216 | КП №217 | КП №220 | КП №221 | КП №222 |
| 1                                                                                                                                                                                                                                | 2           | 3       | 4       | 5   | 6                                      | 7           | 8       | 9       | 10      | 11      | 12      |
|                                                                                                                                                                                                                                  |             |         |         |     |                                        |             |         |         |         |         |         |
|                                                                                                                                                                                                                                  |             |         |         |     |                                        |             |         |         |         |         |         |
|                                                                                                                                                                                                                                  |             |         |         |     |                                        |             |         |         |         |         |         |

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:

| 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 |         |         | ИЗ.№ | Пациенти, отчетени по КП №167 и №168 |       | Необходимост от прилагане на меш-платно за пластика на коремна стена | Поставяне на меш-платно за пластика на коремна стена, което не се заплаща от НЗОК |
|                                                                                                                                                                                 | Име         | Презиме | Фамилия |      | № 167                                | № 168 |                                                                      |                                                                                   |
| 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 и 9

Таблицата се попълва от служители на РЗИ

Изготвил/и:.....

Наименование на лечебното заведение:

Отчетен период:

| Отчетен период:                                                                                                                                                                                                                                                               |             |         |         |                    |                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|---------|--------------------|-------------------------------------------|
| Справка за резултатите от проверка на осъществяваните дейности по медико-диагностични дейности с прилагане на контраст, извън пакет „Образна диагностика” по Наредба № 40 от 24.11.2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК |             |         |         |                    |                                           |
| №                                                                                                                                                                                                                                                                             | Трите имена |         |         | Направление за МДД | Осъществено образно изследване с контраст |
|                                                                                                                                                                                                                                                                               | Име         | Презиме | Фамилия |                    |                                           |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2           | 3       | 4       | 5                  | 6                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |         |         |                    |                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |         |         |                    |                                           |

Дата на проверката:

Забележка:

Таблицата се попълва с "Да" или "Не" в колонки 5 и 6

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и:.....

Наименование на лечебното заведение:

Отчетен период:

| Справка за резултатите от проверка на дейности за отдиш и лечение на ветераните от войните и отдиш, профилактика и рехабилитация на военнопострадали и военнопострадали в специализирани болници за рехабилитация |                                                                                         |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                           |            |                 |                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|------------------------------------------|
| Разрешение за осъществяване на лечебна дейност                                                                                                                                                                    | Разкрита структура по физикална и рехабилитационна медицина II или III на компетентност | Възможност за осигуряване на отдиш, профилактика и рехабилитация във всички региони в страната | Възможност за осигуряване на различни програми за отдиш, профилактика и рехабилитация в структури с различни климатични особености и рекреативни фактори, специализирани в рехабилитацията и физикалната терапия на следните 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 субсидирани за 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 ЛЗ | Кадрова осигуреност на съставите на ТЕЛК, съгласно Правилник за устройството и организация на работата на органите на медицинската експертиза и РКМЕ. |
| 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 СБАЛО за поддържане на медицински регистри -<br>Националния раков регистър |                                      |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Разрешение за осъществяване на лечебна дейност                                                                   | Наличие на Национален раков регистър | Изградена информационна система за регистрация на болните |
| 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 СБАЛГЕ ЕАД – гр. София за поддържане на медицински регистри - база данни за |                                                    |                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Разрешение за осъществяване на лечебна дейност                                                                    | Наличие на актуална база данни на болните с диабет | 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 на държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение за дейности по дневни психорехабилитационни програми |                                                                                                                        |                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Разрешение за осъществяване на лечебна дейност                                                                                                                           | Разкрито Отделение/Клиника по психиатрия – II или III ниво на компетентност, съгласно Медицински стандарт „Психиатрия“ | Действаци и финансирани от Министерство на здравеопазването дневни психорехабилитационни програми към 31.12.2014 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 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 | Действащи и финансирани от Министерство на здравеопазването дневни психорехабилитационни програми към 31.12.2014 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 на държавни и общински многопрофилни и 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 | Разкрито Отделение/Клиника 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 31.12.2014 г. | Мултидисциплинарен екип от специалисти:      |                                                               |         |          |                    |                   |       |    | трудотерапевт, музикален педагог, логопед. |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------|----------|--------------------|-------------------|-------|----|--------------------------------------------|
|                                                |                                                                                                                                                                             |                                                                                                              | лекари по физикална медицина и рехабилитация | физиотерапевти (кинезитерапевти/рехабилитатори/ерготерапевти) | онколог | диетолог | клинични психолози | социален работник | юрист |    |                                            |
| 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 служител на РЗИ

Изготвил/и:.....

Наименование на лечебното заведение:  
Отчетен период:

| Отчетен период:                                                                                                                                                    |                                |                                                                                |                                                                                                            |                                |       |                                  |                        |                                                               |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------|----------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------|--|
| Справка за резултатите от проверка относно критерии за субсидиране на дейности по дневни психорехабилитационни програми за жени, 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 застои | 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 субсидиране на дейности по дневни психорехабилитационни програми за жени, операция на рак на млечната жлеза               |                                                                                                                                            |                                                                                                                     |                                                                                                 |                                                                                                |                                                                                       |                                        |                                         |                                         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|--|
| Критерии за дефиниране на групата:                                                                                                                                               |                                                                                                                                            |                                                                                                                     |                                                                                                 |                                                                                                | Необходими документи за постъпване                                                    |                                        |                                         |                                         |  |
| Документ, удостоверяващ, че при жената е извършена операция на рак на гърдата и е приключило активното лечение, на адювантна терапия, най-рано 1 месец след оперативното лечение | Документ, удостоверяващ, че жената е с класификация на тумора в 1 стадий, T1-T2, с или без лимфна десекция-L0-L1, без далечни метастази M0 | Десетдневния период на лечение да е до 10 дни след последната химиотерапията или 20 дни след последната лъчелечение | Епикриза от операцията с данни от имунохистохимия и хистология, указваща стадия на заболяването | Епикриза от химио или лъчелечението или документ от онколог, удостоверяващ терапията в момента | ПКК/ до 20 дни назад/, кръвна захар, липиден статус, чернодробни проби, урея, креатин | Туморен маркер за млечна жлеза СА 15-3 | Ехография черен дроб-до 6 месеца на зад | Остеоденситрометрия /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

Наименование на лечебното заведение:

Отчетен период:

**Справка за резултатите от проверка на лечебни заведения субсидирани за дейност по субституиращи и поддържащи програми с Метадон**

| Държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение |                                                                                                                      |                                                                                               |                                                | Държавни или общински центрове за психично здраве |                                                                                               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Разрешение за осъществяване на лечебна дейност                                | Разкрито отделение/ клиника по психиатрия II или III ниво на компетентност съгласно Медицински стандарт "Психиатрия" | Действащи и финансирани от МЗ субституиращи и поддържащи програми с Метадон към 31.12.2014 г. | Разрешение за осъществяване на лечебна дейност | Разкрити легла за диагностичен и лечебен престой  | Действащи и финансирани от МЗ субституиращи и поддържащи програми с Метадон към 31.12.2014 г. |  |
| 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 на дейности по осигуряване на диагностика, лечение и наблюдение на деца до отпадане на медицинския риск, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване в държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение

| Разрешение за осъществяване на лечебна дейност | Отделение/Клиника по неонатология-III ниво на компетентност, съгласно Медицински стандарт "Неонатология" | Разкрит сектор 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 на дейности по осигуряване на лечение и преходни грижи за новородени деца с вродени сърдечни малформации, претърпели оперативна интервенция до навършването на 1 годишна възраст, когато продължителността на лечението и постоперативните грижи, надвишава минималния престой, заплащан от НЗОК по клинична пътека в държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение

| Разрешение за осъществяване на лечебна дейност | Отделение/клиника и/или детска педиатрия - III ниво на компетентност, Медицински стандарт "Педиатрия". | по 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, пластично-възстановителна и естетична 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:.....



Наименование на лечебното заведение:

Отчетен период:

**Справка за резултатите от проверка на дейности по осигуряване на диагностика, лечение и наблюдение на деца до отпадане на медицинския риск, извън обхвата на задължителното здравноосигуряване**

| № | Име | Презиме | Фамилия | ИЗ № | Дни престой | Недоносеност или екстремно ниско тегло | Без медицински рискове до достигане на 2100 гр. | Със заболяване налагашо лечение |                      |                              |                      | Вродена сърдечна малформация, осъществена на сърдечна оперативна интервенция до навършването на 1 годишна възраст |
|---|-----|---------|---------|------|-------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |     |         |         |      |             |                                        |                                                 | Неврологични заболявания        | Белодробна патология | Уста и стомашно-чревен тракт | Урогенетална система |                                                                                                                   |
| 1 | 2   | 3       | 4       | 5    | 6           | 7                                      | 8                                               | 9                               | 10                   | 11                           | 12                   | 13                                                                                                                |
|   |     |         |         |      |             |                                        |                                                 |                                 |                      |                              |                      |                                                                                                                   |
|   |     |         |         |      |             |                                        |                                                 |                                 |                      |                              |                      |                                                                                                                   |

Дата на проверката:

Забележка:

Таблицата се попълва с "Да" или "Не" от 7 до 13

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и:.....

Таблица №40 към чл. 41, ал. 8

Наименование на лечебното заведение:

Отчетен период:

**Справка за резултатите от проверка на 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 | Разкрита структура по неонатология и/или педиатрия | Разкрита структура по анестезиология и интензивно лечение | Разкрита структура по хирургия | Разкрита структура по неврология | Клинична лаборатория | Микробиологична лаборатория | Образна диагностика | Местоположение в населено място на разкрит ЦНСТ по ПОСОКА |
|------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|
| 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:.....

Таблица №41 към чл. 41, ал. 10

Наименование на лечебното заведение:

Отчетен период:

Справка за резултатите от проверка на държавни многопрофилни болници за дейности по осигуряване 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”

| № | име | призие | фамилия | първоначална<br>оценка на<br>здравното<br>състояние | периодична оценка/<br>мин. веднъж<br>седмично | изготвен план на<br>медицинските грижи/<br>актуализиран/ | осъществени спешни<br>консултации, диагностика и<br>лечение | съдействие за<br>превеждане в ЛЗ с по-<br>високо ниво на<br>компетентност |
|---|-----|--------|---------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 2   | 3      | 4       | 6                                                   | 7                                             | 8                                                        | 9                                                           | 10                                                                        |
|   |     |        |         |                                                     |                                               |                                                          |                                                             |                                                                           |
|   |     |        |         |                                                     |                                               |                                                          |                                                             |                                                                           |

Дата на проверката:

Забележка:

Таблицата се попълва с "Да" или "Не" от 6 до 10

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Таблица №42 към чл. 42, ал. 2

Наименование на лечебното заведение:

Отчетен период:

**Справка за резултатите от проверка на многопрофилни болници за активно лечение субсидирани за дейности по извършване на терапевтична афереза**

| Разрешен<br>ие за<br>осъществ<br>яване на<br>лечебна<br>действие | Клиника<br>/Отделение по<br>анестезиология<br>и/или<br>интензивно<br>лечение III ниво<br>на<br>компетентност | Структура по<br>Спешна<br>медицина с I,<br>II или III<br>ниво на<br>компетентно<br>ст | разкрити структури по някой от<br>медицинските специалности |             |                                                  |                                             | Наличие на<br>медикодиагностични<br>структури,<br>осигуряващи 24 часов<br>непрекъснат работен<br>график |   | Наличие на<br>апарат за<br>екстракорпора<br>лно<br>кръвооръщени<br>е и сетове с<br>мембрани/цент<br>рофути за<br>сепариране на<br>формените<br>елементи на<br>кръвта от<br>плазмата или<br>разделяне на<br>видовете<br>полипептиди в<br>човешката | Лекар със специалност по<br>анестезиология и интензивно<br>лечение, притежаващ свидетелство<br>за професионална квалификация и<br>призната правоспособност за<br>провеждане на терапевтична<br>афереза |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                  |                                                                                                              |                                                                                       | неврологи<br>я                                              | кардиология | нефрология с<br>III ниво на<br>компетентно<br>ст | Клинична<br>лаборатор<br>ия с II или<br>III | Образна<br>диагности<br>ка                                                                              |   |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                  |                                                                                                              |                                                                                       |                                                             |             |                                                  |                                             |                                                                                                         |   |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                        |
| 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:.....

Таблица №43 към чл. 42, ал. 4

Наименование на лечебното заведение:

Отчетен период:

| Справка за контрол на многопрофилни болници за активно лечение по дейности за извършване на терапевтична афереза |     |         |         |                                             |                                              |                                                              |                                                      |                                                                                                             |                                                                  |                                                  |                                                                                      |                                                                            |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|---------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| № по ред                                                                                                         | Име | Презиме | Фамилия | ИЗ                                          |                                              | Продължителност на процедурата по т.1, т. 1 от Приложение 29 | Индикации за прилагане по т.1, т. 2 от Приложение 29 | Оновни процедури, изпълняване в рамките на процедурата "Терапевтична афереза" по т.1, т. 3 от Приложение 29 | Осигуреност с лекарствени продукти по т.1, т. 4 от Приложение 29 | Медицински изделия по т.1, т. 4 от Приложение 29 | Спазване на изискванията за завършеност на процедурата по т.1, т. 5 от Приложение 29 | изход от процедурата превеждане в клиника /отделение по основно заболяване | критерии за дехоспитация |
|                                                                                                                  |     |         |         | Декларация за информирано съгласие афереза" | Документ за процедура "Терапевтична афереза" |                                                              |                                                      |                                                                                                             |                                                                  |                                                  |                                                                                      |                                                                            |                          |
| 1                                                                                                                | 2   | 3       | 4       | 5                                           | 6                                            | 7                                                            | 8                                                    | 9                                                                                                           | 10                                                               | 11                                               | 12                                                                                   | 13                                                                         | 14                       |
|                                                                                                                  |     |         |         |                                             |                                              |                                                              |                                                      |                                                                                                             |                                                                  |                                                  |                                                                                      |                                                                            |                          |

Дата на проверката:

Забележка:

Таблицата се попълва:

В колони от 6 до 11 се вписват съответните данни за всеки пациент, на който е приложена процедурата "Терапевтична афереза" в колони 12 и 13 с "Да" или "Не"

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Изготвил/и:.....

Таблица №44 към чл. 43, ал. 2

Наименование на лечебното заведение:

Отчетен период:

| Справка за резултатите от проверка на многопрофилни болници за активно лечение субсидирани за дейности по извършване на бъбречно-заместителна терапия |                                                                                                    |                                                          |                                    |             |                                        |                                                                                          |                     |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Разрешение за осъществяване на лечебна дейност                                                                                                        | Клиника /Отделение по аналгезия и/или интензивно лечение на пациенти с остри коронарни заболявания | Структурна единица с I, II или III ниво на компетентност | Разкрити структури по специалности |             |                                        | Наличие на медикодиагностични структури, осигуряващи 24 часов непрекъснат работен график |                     | Наличие на апарат за екстракорпорално кръвооръжение и сетове с мембрани за бъбречно-заместителна терапия видовете полипептиди в човешката плазма | Лекар със специалност по анемезиология и интензивно лечение, претезаващ свидетелство за професионална квалификация и призната правоспособност за провеждане на бъбречно-заместителна терапия |
|                                                                                                                                                       |                                                                                                    |                                                          | неврология                         | кардиология | нефрология с III ниво на компетентност | Клинична лаборатория с II или III ниво                                                   | 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:.....

Таблица №45 към чл. 43, ал. 4

Наименование на лечебното заведение:

Отчетен период:

| Справка за контрол на многопрофилни болници за активно лечение по дейности за извършване на бъбречно-зместителна терапия |     |         |         |                                    |                                                     |                                                               |                                                       |                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                            |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|---------|------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| № по ред                                                                                                                 | Име | Презиме | Фамилия | ИЗ                                 |                                                     | Продължителност на процедурата по т. I, т. 1 от Приложение 30 | Индикации за прилагане по т. I, т. 2 от Приложение 30 | Оновни процедури, изпълняване в рамките на процедура "Бъбречно-заместителна терапия" по т. I, т. 3 от Приложение 30 | Спазване на изискванията за завършеност на процедурата по т. I, т. 4 от Приложение 30 | изход от процедурата превеждане в клиника /отделение по основно заболяване | критерии за дехоспитализация |
|                                                                                                                          |     |         |         | Декларация за информирано съгласие | Доумент за процедура "Бъбречнозаместителна терапия" |                                                               |                                                       |                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                            |                              |
| 1                                                                                                                        | 2   | 3       | 4       | 5                                  | 6                                                   | 7                                                             | 8                                                     | 9                                                                                                                   | 10                                                                                    | 11                                                                         | 12                           |
|                                                                                                                          |     |         |         |                                    |                                                     |                                                               |                                                       |                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                            |                              |

Дата на проверката:

Забележка:

Таблицата се попълва:

В колони от 6 до 11 се вписват съответните данни за всеки пациент, на който е приложена процедурата "Бъбречнозаместителна терапия" в колони 10 и 11 с "Да" или "Не"

Таблицата се попълва от служителите на РЗИ

Таблица №46 към чл. 44, ал. 2

Наименование на лечебното заведение:

Отчетен период:

**Справка за резултатите от проверка на общински лечебни заведения за болнична помощ в труднодостъпни и/или отдалечени райони на страната по Приложение №17**

| Разрешение за осъществяване на лечебна дейност | Включване на ЛЗ в Списък на Общинските болници | разкрити структури по най-малко една от следните медицински специалности (изискването се отнася за болници за активно лечение). |          |            |           |                           |                          |                                    | Осигурени медикодиагностични структури, осигуряващи 24 часов непрекъснат работен график (изискването се отнася за болници за активно лечение) |                     | Процентно съотношение на населението на надтрудоспособна възраст, не по-ниско от средния за страната по данни на НСИ | Процентно съотношение на безработното население не по-ниско от средния за страната по данни на НСИ |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|-----------|---------------------------|--------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                |                                                | Вътрешни болести                                                                                                                | Хирургия | Неврология | Педиатрия | Ортопедия и травматология | Акушерство и гинекология | и / или структури за продължително | Клинична лаборатория                                                                                                                          | Образна диагностика |                                                                                                                      |                                                                                                    |
| 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 служителите на РЗИ