

Утвърдил:



Приложение № 1 - 2012 г.

Албена Атанасова

Зам. кмет на СО

## **СПИСЪК ЗА ИЗВЪРШВАНЕ И УКАЗАНИЯ ЗА ЗАПЛАЩАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ ДЕЙНОСТИ ИЗВЪН ОБХВАТ А НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ**

### **А. МЕДИЦИНСКИ ДЕЙНОСТИ**

1. Интензивно лечение в ОАИЛ на пациенти, претърпели оперативна интервенция в същото лечебно заведение или на пациенти извън КП, съобразно критериите на Методика на МЗ за субсидиране на лечебни заведения през 2012 г. /Раздел Б и Раздел В от Приложение 20, към чл.3, ал.1.Т.31 за заболявания, за които е изчерпана възможността за лечение по НЗОК и МЗ - леглоден 400 лева.
2. Болнично лечение, с престой не по-малко от 72 часа, на пациенти, при които се налагат интервенционални процедури и оперативни интервенции чрез коремен достъп, породени от спешни състояния, определени в чл. 99 от Закона за здравето, на лица с прекъснати здравноосигурителни права и социално слаби - заплаща се стойността на съответната оперативна интервенция определена в НРД 2012 г.
3. Болнично лечение, с престой до 72 часа, на пациенти, при които се налагат оперативни интервенции чрез долен достъп, породени от спешни състояния, съгласно чл. 99 от Закона за здравето, на лица с прекъснати здравноосигурителни права и социално слаби - заплаща се стойността на съответната оперативна интервенция определена в НРД 2012 г.
4. Консервативно лечение на пациенти, с престой не по-малко от 96 часа, с токсоинфекциозен синдром от акушеро-гинекологичен произход на лица с прекъснати здравноосигурителни права и социално слаби - заплаща се стойността на съответната оперативна интервенция определена в НРД 2012 г.
5. Лечение на пациенти с анемичен синдром, от акушеро-гинекологичен произход и на новородени, при които се налага хемотранефузия, като допълнително се заплащат трансфузионните разтвори съгласно т. 5 от Указанията - 100 лева.
6. Болнично лечение, не по-малко от 72 Ч., на пациенти, при нозологии, при които е наложителна рехоспитализация, в същото лечебно заведение, по едно и също заболяване в срок по-малък от 30 дни -100 % от стойността на КП
7. Болнично лечение на пациенти по нозологии извън КП и болнични ВСД с престой не по-малко от 72 часа -100 лв. на леглоден;
8. Пациенти в състояния, налагащи хоспитализация, при които в процеса на диагностично уточняване се установява заболяване, за което няма договор с НЗОК и са преведени в други лечебни заведения в рамките на 48 часа -500 лева.
9. Болнично лечение, с престой не по-малко от 96 часа, на бременни след 37 г.с. с повишен или реализиран риск на бременността - заплаща се стойността на съответната КП ;
10. Диагностични прегледи, изследвания, манипулации и назначаване на лечение на пациенти по повод неотложно състояние, извършени от лекари в кабинети на ДКБ при нехоспитализирани пациенти - 30 лв.
11. Оказване на спешна и неотложна медицинска помощ на деца от приемни семейства, преминали през кабинетите на ДКБ и нехоспитализирани в същото лечебно заведение - ежедневно, 24 часа в денонощието - 30 лева.
- 12.Извършване на патологоанатомична аутопсия на починали пациенти в болница - 300 лв.

Забележка: Броят на пролежаните леглодни се изчислява, като денят на постъпване и денят на изписване се броят за един леглоден, а всеки ден между тях се броят като пролежан.

## Б. УКАЗАНИЯ

1. Заплащането на лечебните дейности, по т.2, т.3, т.4 се извършва след доказване на здравноосигурителен статус на пациента с прекъснати здравноосигурителни права със следните документи:

1.1. Удостоверение от НАП за прекъснати здравноосигурителни права;

1.2. Копие от писмо изпратено до Дирекция "Социално подпомагане" към МТСП по местоживееене на пациента или отказ от Дирекция "Социално подпомагане" за заплащане на проведено болнично лечение на основание ПМС 17 от 31.01.2007 г. "За определяне на условията и реда за разходване на целевите средства за диагностика и лечение в лечебни заведения за болнична помощ на български граждани, които нямат доход и/или лично имущество, което да им осигури лично участие в здравноосигурителния процес". ИЗ се представя за отчет след получаване на документацията от Дирекция "Социално подпомагане" към МТСП ..

1.3. Декларация от пациента или негови близки за липсата на финансова възможност да се извърши плащане към НОИ за възстановяване на прекъснати здравноосигурителни права към момента на дехоспитализация на пациента;

1.4. Декларация от пациента или негови близки, че пациентът през последните 12 месеца не е пребивавал в чужда страна на собствени разноски и не е осигуряван там.

1.5. В случаите на Т.3. и 1.4. болницата се задължава да предприеме действия по възстановяване на изразходваните средства за лечение на пациента. При възстановяване на изразходваните средства за лечение от страна на пациента болницата се задължава да възстанови изплатената сума на Столична община.

2. По отношение «спешно състояние», по т. 1, се изисква подробно отразяване на причините за хоспитализация, диагноза, лечение и дехоспитализация в медицинската документация.

3. При необходимост от рехоспитализация, по т.6, се взема предвид факта, че клиничната пътека определя само минималния болничен престой. За доказване необходимостта от рехоспитализация по същата клинична пътека на Комисията се представят:

3.1. Медицинската документация за първична хоспитализация;

3.2. Медицинската документация, отразяваща спешността за рехоспитализация, диагностициране, лечение и дехоспитализация.

4. За заплащане по т.8 за пациенти, при които в процеса на диагностично уточняване се установява заболяване, за което лечебното заведение няма договор с НЗОК, превеждането на пациента в друго лечебно заведение се доказва с: попълнено копие на талон NQ 7, етапна епикриза и код на приемащото лечебно заведение.

5. При лечение на пациенти, по т.5, с вторични анемии изразходваните средства за трансфузионни разтвори се доказват с финансов документ за закупуване на съответния кръвен продукт. Същите се изплащат след изчерпване на договореното количество кръвни продукти с Центъра по трансфузионна хематология. Необходимостта от корекция на вторичната анемия да бъде подробно отразена в ИЗ.

6. Заплащането по т.7 се извършва при следните условия:

6.1. Отразена в ИЗ причина за невъзможно отчитане по КП /при дехоспитализация/.

6.2. Доказателства, че пациентът не е преведен в друго отделение на лечебното заведение по КП или по договор със СО; да не е хоспитализиран, отново, в следващите 15 дни по същия медицински проблем, в същата болница.

7. Заплащането по т.1 се извършва на база Реанимационни листове към ИЗ за престоя в ОАИЛ. Хоспитализирането, престоя и дехоспитализирането е по причини съгласно Методиката на МЗ за субсидиране на лечебни заведения за 2012 г. (пациенти претърпели оперативна интервенция /средно тежки и тежки/ или са в застрашаващи живота им състояния, които изискват мероприятия по кардио-пулмонална ресусцитация в ОАИЛ отделения - второ и трето ниво на компетентност)


8. За изплащане по т.1 0 се изисква представяне на амбулаторния журнал на съответния кабинет от ДКБ и амбулаторен лист с отразени: анамнеза, статус, параклинични и образни изследвания и назначена терапия.

9. Заплащането по т.9 се извършва, ако бременността е завършила с раждане не по-малко от 24 часа след дехоспитализацията по тази точка.

10. За изплащане към т.11 се представя амбулаторен журнал в ДКБ и копие от Заповед за утвърждаване на професионалното приемна семейство, съгласно чл. 27 от Наредбата за условията и реда за кандидатстване, подбор и утвърждаване на приемни семейства и настаняване на деца в тях въз основа на ПМС № 314 от 2006г.

**Забележка:** Представените за проверка по отчета ИЗ-та задължително са попълнени съобразно изискванията на НРД.

**ИЗПЪЛНИТЕЛЕН ДИРЕКТОР НА ВТОРА САГБАЛт"ШЕЙНОВО" ЕАД**



Съгласувано с:

Вр. И. Д. Директор дирекция "Здравеопазване" Д-р Моника Чеуз

Главен експерт "Бюджет" в дирекции "Здравеопазване" Петя Лазарова

Старши експерт в дирекции "Здравеопазване" д-р Райна Божкова

Младши юриконсулт на дирекции "Здравеопазване" Огнян Лютаков