

ЗАЯВКА по Договор № РД-14-40 от 29.05.2023 г. (вх. № ПО-16-2224/29.05.2023 г. на „Информационно обслужване“ АД)		☒	
ЗАЯВКА (актуализирана)		☐ ¹	
Позиция от ПГ-2024 г.:	№ по ред от ПГ	15	
Описание на дейност/проект съгласно ПГ:	Промени на системи в НЗОК - проект на части		
Част 3	Промени на цените и ценовите нива на дейностите, заплащани на изпълнителите на болнична медицинска помощ, съгласно Договор № РД-НС-01-2-1 от 20 февруари 2024 г. за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г.		
CPV код	72200000-7		
Изискване за достъп до класифицирана информация ДА/НЕ	НЕ		
Стойност: (стойността следва да съответства на заложената в План-графика) без ДДС	Стойност на част 3 за 2024 г. по проект 15	Стойност с натрупване за възложените части по проект 15 за 2024 г.	Обща стойност на проект 15 за 2024г. (съгл. ПГ-2024 г.)
	77 000,00 лв.	Част 1 – 82 000,00 лв. Част 2 – 74 000,00 лв. Част 3 – 77 000,00 лв.	1 000 000,00 лв.
Начин за плащане: (еднократно, на части, периодически, авансово или др.)	Еднократно, след подписване на приемо-предавателен протокол по чл. 6 от договора, удостоверяващ приемане на извършените промени и издадена фактура.		
Срок на изпълнение: (от дата – до дата или в месеци, ако не е обвързан с конкретна дата)	Срок за изпълнение - съгласно чл.1, ал.9 от договора до 24.06.2024 г. Срок на гаранционна поддръжка – до 31.12.2024 г.		
Гаранционен срок:	Съгласно техническите параметри		
Отчитане: (периодично – посочва се период, еднократно, срок за отчитане, отчетни документи)	Еднократно, с подписване на приемо-предавателен протокол по чл. 6 от договора, удостоверяващ приемане на извършените промени.		
Приложения: (напр: технически параметри, образци на отчетни документи)	Технически параметри		
Настоящата заявка да се изпълни при условията на приложените Технически параметри.			
ЗАЯВКАТА е ИЗГОТВЕНА И СЪГЛАСУВАНА ОТ:			
Координатор по заявката:			

¹ Отбелязва се в случай че заявката е актуализирана

Ръководител на проект/дейност по заявката (напр: представител на дирекцията – Заявител):		
ЗАЯВКАТА е ОДОБРЕНА ОТ:		
Ръководител на договора от страна на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ:		<i>Подпис:</i>
ЗАЯВКАТА е ПРИЕТА ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛЯ:		
Координатор от „Информационно обслужване“ АД по заявката		<i>Подпис:</i>
Ръководител на проект/дейност по заявката		<i>Подпис:</i>
Ръководител по изпълнението на Договора от „Информационно обслужване“ АД		<i>Подпис:</i>

ТЕХНИЧЕСКИ ПАРАМЕТРИ

за

промени на цените и ценовите нива на дейностите, заплащани на изпълнителите на болнична медицинска помощ, съгласно Договор № РД-НС-01-2-1 от 20 февруари 2024 г. за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г.

1. ЦЕЛ

Основание за извършване на промените е промяна на цените и ценовите нива на дейностите, заплащани на изпълнителите на болнична медицинска помощ, съгласно Договор № РД-НС-01-2-1 от 20 февруари 2024 г. за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г.

2. ДЕЙНОСТИ И ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ИЗПЪЛНЕНИЕТО

2.1 АНАЛИЗ И ПРОЕКТИРАНЕ

Анализ и проектиране на промените. Анализът следва да се извършва на база проучвания и обменена информация с НЗОК. За целите на анализа Възложителят оказва съдействие на Изпълнителя.

2.2 РАЗРАБОТВАНЕ

2.2.1. Актуализиране на номенклатура на цените на КП в система HOSP_CPW, съгласно предоставената на изпълнителя посредством електронна поща „Номенклатура на кодовете на дейностите и цените, заплащани от НЗОК по НРД 2023-2025 от 01.03.2024 г.“. Промяната на цените следва да влезе в сила за дейности завършени на и след 01.03.2024 г.

2.2.2. Изграждане на алгоритми за определяне заплащането по новите позиции в БМП: Считано от 01.03.2024 г. на изпълнителите на БМП се заплаща за следните нови дейности по позиции на заплащане:

Код	Описание	единична цена - 092023	бюджетен параграф код	мерна единица	действие	код на пакет
BP050.1	Допълнително заплащане за КП 050.1 по реда на НРД	280,80	31;35;36	BR	P	
BP050.2	Допълнително заплащане за КП 050.1 по реда на НРД	368,28	31;35;36	BR	P	
EA06	Заплащане за АПр6 с отчетени ЛП, извън броя по ДЛА	15,00	31;35;36	BR	A	
EA07	Заплащане за АПр7 с отчетени ЛП, извън броя по ДЛА	15,00	31;35;36	BR	A	

2.2.2.1. Алгоритъм за определяне на допълнителното заплащане за КП 050, въведено с Анекса за 2024 г. (BP050.1 и BP050.2).

Допълнително заплащане за случаи по КП 50.1 и КП 50.2 се определя за отчетен леглоден над определения минимален болничен престой, но за не повече от 10 дни общ болничен престой на пациента.

Допълнителното заплащане се определя за всеки пациент, отчетен по КП 50.1 или КП 50.2, с общ болничен престой по-висок от минималния болничен престой на съответната КП. Общият болничен престой се определя по следното правило: денят на хоспитализиране и денят на дехоспитализиране на пациента по КП се броят за един ден болничен престой. В общия болничен престой не се включват леглодни по КПр 03 или КПр 04 на пациента, отчетени по време на престоя по КП № 50.1 или КП № 50.2.

Броят леглодни по позиции на заплащане BP050.1 (или BP050.2) се определя като разлика между общия болничен престой и минималния болничен престой по ДЛА на КП 050.1 (съответно КП 050.2).

Стойностите на заплащане по позиции BP050.1 (или BP050.2) се определят като броят леглодни по BP050.1 (или BP050.2) се умножат по единичната цена за BP050.1 (или BP050.2) от Номенклатурата на кодовете на дейностите и цените, заплащани от НЗОК.

Позиции на заплащане BP050.1 и BP050.2 се включват като самостоятелни редове във финансовите отчетни документи по BUDGET_PARAGRAPH_ROW_CODE 31, 35 и 36 (съответно за ЗОЛ на НЗОК, чужди осигурени лица и неосигурени, финансирани от АСП).

Когато случай по КП 050.1 (или КП 050.2) бъде отхвърлен/потвърден за заплащане, отхвърлянето/потвърждаването се отнася и за формираните за случая BP050.1 (съответно BP050.2).

Данните (брой, ед. цена и стойност) по позиции BP050.1 и BP050.2 по финансовите отчетни документи на изпълнителите на БМП по BUDGET_PARAGRAPH_ROW_CODE 31, 35 и 36 следва да се включат в справките в система HOSP_CPW за формиране на заявките и касовите отчети на РЗОК. Съответно за справките за чужди осигурени лица данните следва да са на ниво конкретен пациент.

Стойностите на заплащане по позиции BP050.1 и BP050.2 по BUDGET_PARAGRAPH_ROW_CODE 31 се включват към стойностите за съпоставка с месечните стойности, определени на изпълнителя на БМП по реда на Правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК, аналогично на реда на стойностите за заплащане по КП 50.1 (или КП 50.2) на същия пациент.

2.2.2.2. Алгоритъм за определяне на заплащане за АПр 06 (или АПр 07) с отчетени ЛП, извън броя по ДЛА, въведено с Анекса за 2024 г. (ЕА06 и ЕА07).

Заплащането по позиции ЕА06 или ЕА07 се определя на ниво пациент, с отчетени АПр 06 или АПр 07, по които са отчетени лекарствени продукти (ЛП), заплащани от НЗОК извън стойността на дейността.

Броят процедури за заплащане по позиции ЕА06 (или ЕА07) се определя като от общия брой отчетени АПр 06 (или АПр 07), с приложени ЛП за даден пациент, се извади броя на процедурите, които подлежат на заплащане по цените за АПр 06 (или АПр 07), по номенклатурата на кодовете на дейностите и цените, заплащани от НЗОК.

В случай, когато отчетените ЛП по съответната АПр 06 (или АПр 07) са отхвърлени от заплащане, за такава АПр 06 (или АПр 07) не се формира брой за заплащане по позиция ЕА06 (съответно ЕА07).

В случай, когато отчетените ЛП по АПр 06 (или АПр 07) бъдат отхвърлени от заплащане на последващ контрол, за такава АПр 06 (или АПр 07) следва да се формира известие след контрол за издаване на кредитно известие за намаляване на заплатения брой по позиция ЕА06 (съответно ЕА07) за пациента.

В случай, когато отчетените ЛП по АПр 06 (или АПр 07) бъдат потвърдени за заплащане на последващ контрол, за такава АПр 06 (или АПр 07) следва да се формира известие след контрол за издаване на дебитно известие за допълнителен брой по позиция ЕА06 (съответно ЕА07) за пациента.

Позиции на заплащане EA06 и EA07 се включват като самостоятелни редове във финансовите отчетни документи по BUDGET_PARAGRAPH_ROW_CODE 31, 35 и 36 (съответно за ЗОЛ на НЗОК, чужди осигурени лица и неосигурени, финансирани от АСП).

Данните (брой, ед. цена и стойност) по позиции EA06 и EA07 по финансовите отчетни документи на изпълнителите на БМП по BUDGET_PARAGRAPH_ROW_CODE 31, 35 и 36 следва да се включат в справките в система HOSP_CPW за формиране на заявките и касовите отчети на РЗОК. Съответно за справките за чужди осигурени лица данните следва да са на ниво конкретен пациент.

Стойностите на заплащане по позиции EA06 и EA07 по BUDGET_PARAGRAPH_ROW_CODE 31 не се включват към стойностите за съпоставка с месечните стойности, определени на изпълнителя на БМП по реда на Правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК, аналогично на реда на стойностите за заплащане по АПр 06 (или АПр 07) на същия пациент.

2.2.3. Промяна в ценовите нива на клиничните пътеки по Анекса за 2024 г.

2.2.3.1. Промяна в Ценово ниво „самоволно напускане на пациента“

За определянето на ценово ниво „самоволно напускане на пациента“ за случаи от 01.03.2024 г. трябва да се реализират следните изменения:

В случаите на самоволно напускане на пациента от клиниката/отделението, в които не е спазен минималният болничен престой, но са извършени всички основни диагностични и терапевтични/оперативни процедури съгласно ДЛА на КП, която не може да се отчете като АПр 99, в случай на преценка за заплащане на КП се заплаща на Ценово ниво „самоволно напускане на пациента“ равно на 60% от Ценово ниво „стандартно“ на съответната КП.

От 01.03.2024 г. случаи отчетени по КП 072, за които не е спазен минималният болничен престой, не подлежат на потвърждаване за заплащане за ценово ниво „самоволно напускане на пациента“.

2.2.3.2. Ценово ниво „висок дял случаи“ по КП № 198.

Зададени са следните изисквания:

- При надвишаване на случаите по КП № 198 над 20 % от сбора на случаите от КП № 158 и КП № 198 за дадено лечебно заведение случаите над 20 % се заплащат 80 % от цената на КП № 198. Този начин на заплащане не се прилага за лечебните заведения, в които е разкрита клиника/отделение по гнойносептична хирургия.

- Изчислението и проследяването на % случаи по ал. 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35 и 36 на чл. 368 а. от промени на цените и ценовите нива на дейностите, заплащани на изпълнителите на болнична медицинска помощ, съгласно Договор № РД-НС-01-2-1 от 20 февруари 2024 г. за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025, се извършва два пъти за календарна година и се смята на 6-месечен период на дейност (януари – юни, юли – декември). За ал. 31 – 36 първият период се счита периодът на дейност: м. март – юни 2024 г.

За прилагане на новия ред е необходимо в система HOSP_CPW да се създаде възможност РЗОК да индикира за всеки изпълнител на КП 198 обстоятелството „разкрита клиника/отделение по гнойносептична хирургия“, както следва:

„0“ - няма разкрита клиника/отделение по гнойносептична хирургия;

„1“ - разкрита клиника/отделение по гнойносептична хирургия

За лечебни заведения, за които в полето е въведена стойност „1“, не се прилага новия ред за образуване на ценово ниво „висок дял случаи“ по КП 198.

За лечебните заведения, за които е въведена стойност „0“ е необходимо да се създаде функционалност, която да определя ценово ниво „висок дял случаи“ по КП 198, по следния алгоритъм:

Текущо и за формиране на месечното известие (с изкл. на месеците на дейност юни и декември) за дейността на лечебното заведение, отчетените случаи по КП 198 се изчисляват на Ценово ниво „стандартно“.

Необходимо е да се създаде автоматична проверка за процент на случаите по КП 198 от сбора на случаите от КП 158 и КП 198 за лечебното заведение, която да се извършва при отчитане и обединяване на месец юни и месец декември преди формиране на месечното известие за съответния месец.

Автоматичната проверка за процент на случаите по КП 198 от сбора на случаите от КП 158 и КП 198 следва да обхваща отчетените случаи по КП 158 и по КП 198, както следва:

- при определяне на процента след отчет месец юни – дейност м.януари – м. юни на съответната година. Само за 2024 г. периодът е м.март –м.юни 2024 г. ;

- при определяне на процента след отчет месец декември – дейност м.юли – декември на съответната година.

Когато процентът на отчетените случаи по КП 198 е над 20% от сбора на случаите от КП 158 и КП 198, тогава цената на последно отчетените X бр. случаи по КП 198, се променя автоматично на ценово ниво „висок дял случаи“ равна на 80% от ценово ниво „стандартно“ на КП 198.

Когато броят X на случаите по КП 198, на които цената следва да бъде променена на ценово ниво „висок дял случаи“, е по-висок от отчетения брой случаи по тази КП за отчетния месец, в който се извършва калкулацията (съответно м.юни или м.декември), тогава система HOSP_CPW следва да активира бутон „Изчисление на шестмесечие“, аналогично на създадената функционалност за промяна на ценовото ниво на КП 069.1, КП 069.2 и КП 195, която следва да:

- представя информация на РЗОК за списък на ИЗ (история на заболяване) от предходни отчетни периоди, за които следва да бъде променено ценовото ниво, като дава възможност на РЗОК да разпечатва тази информация;

- съхранява история за тази информация и нейните промени;

- дава възможност на РЗОК да отхвърли случаите на основание преизчислението и да промени ценовото ниво на заплащане на същите случаи, след което да има възможност да ги потвърждава за заплащане с новото ценово ниво, като в основания за отхвърлянето и потвърждаването с новото ценово ниво се вписва номера на изчислението („Изчисление № за мм.гггг – мм.гггг“).

2.2.3.3. Ценово ниво „висок дял случаи“ по КП № 262.2, КП № 263.2, КП № 265.2, КП 265.3

В система HOSP_CPW е необходимо да бъдат заложили следните изисквания:

- Когато случаите по отчетени КП № 262.2 надвишават 10 % от сбора на случаите от КП № 262.1 и КП № 262.2, случаите над 10 % се заплащат на цената на КП № 262.1.

- Когато случаите по отчетени КП № 263.2 надвишават 10 % от сбора на случаите от КП № 263.1 и КП № 263.2, случаите над 10 % се заплащат на цената на КП № 263.1.

- Когато случаите по отчетени КП № 265.2 надвишават 10 % от сбора на случаите от КП № 265.1 и КП № 265.2, случаите над 10 % се заплащат на цената на КП № 265.1.

- Когато случаите по отчетени КП № 265.3, надвишават 1 % от сбора на случаите от КП № 265.1 и КП № 265.3, случаите над 1 % се заплащат на цената на КП № 265.1.

- Изчислението и проследяването на % случаи по ал. 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35 и 36 на чл. 368 а. от промени на цените и ценовите нива на дейностите, заплащани на изпълнителите на болнична медицинска помощ, съгласно Договор № РД-НС-01-2-1 от 20 февруари 2024 г. за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 се извършва два пъти за календарна година и се смята на 6-месечен период на дейност (януари – юни, юли – декември). Съгласно ал. 31 – 36 на чл. 368 а. от промени на цените и ценовите нива на дейностите, заплащани на изпълнителите на болнична медицинска помощ, съгласно Договор № РД-НС-01-2-1 от 20 февруари 2024 г. за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025, първият период се счита периодът на дейност: м. март – юни 2024 г.“

Текущо и за формиране на месечното известие (с изкл. на месеците на дейност юни и декември) за дейността на лечебното заведение, отчетените случаи по КП 262.2, КП 263.2, КП 265.2 и КП 265.3 се изчисляват на ценово ниво „стандартно“.

При отчитане и обединяване на месец юни и месец декември преди формиране на месечното известие за съответния месец, е необходимо да се създадат автоматични проверки за процент на случаите:

- по КП 262.2 от сбора на случаите от КП 262.1 и КП 262.2 за лечебното заведение;
- по КП 263.2 от сбора на случаите от КП 263.1 и КП 263.2 за лечебното заведение;
- по КП 265.2 от сбора на случаите от КП 265.1 и КП 265.2 за лечебното заведение;
- по КП 265.3 от сбора на случаите от КП 265.1 и КП 265.3 за лечебното заведение.

Автоматичните проверки следва да обхващат отчетените случаи по съответните КП, както следва:

- при определяне на процента след отчет месец юни – дейност м.януари – м. юни на съответната година. Само за 2024 г. периодът е м.март –м.юни 2024 г.

- при определяне на процента след отчет месец декември – дейност м.юли – м. декември на съответната година

Когато при проверките процентът на отчетените случаи:

- по КП 262.2 е над 10% от сбора на случаите от КП 262.1 и КП 262.2, тогава цената на последно отчетените X бр. случаи по КП 262.2, се променя автоматично на ценово ниво „висок дял случаи“ равна на ценово ниво „стандартно“ на КП 262.1.

- по КП 263.2 е над 10% от сбора на случаите от КП 263.1 и КП 263.2, тогава цената на последно отчетените X бр. случаи по КП 263.2, се променя автоматично на ценово ниво „висок дял случаи“ равна на ценово ниво „стандартно“ на КП 263.1.

- по КП 265.2 е над 10% от сбора на случаите от КП 265.1 и КП 265.2, тогава цената на последно отчетените X бр. случаи по КП 265.2, се променя автоматично на ценово ниво „висок дял случаи“ равна на ценово ниво „стандартно“ на КП 265.1.

- по КП 265.3 е над 1% от сбора на случаите от КП 265.1 и КП 265.3, тогава цената на последно отчетените X бр. случаи по КП 265.3, се променя автоматично на ценово ниво „висок дял случаи“ равна на ценово ниво „стандартно“ на КП 265.1.

Когато броят X на случаите, на които цената следва да бъде променена на ценово ниво „висок дял случаи“, е по-висок от отчетения брой случаи по тази КП за отчетния месец, в който се извършва калкулацията (съответно м.юни или м.декември), тогава система HOSP_CPW следва да активира бутон „Изчисление на шестмесечие“, аналогично на създадената функционалност за промяна на ценовото ниво на КП 069.1, КП 069.2 и КП 195, както е описано в т. 2.2.3.2 по-горе.

2.2.3.4. Ценово ниво „гастроскопия и колоноскопия“ по АПр № 34

Следва да бъдат спазени следните изисквания:

„При извършване на две диагностични процедури за кодове за гастроскопия и колоноскопия, включени в АПр № 34, към цената на амбулаторната процедура се доплащат 100 лв.“

При отчитане и обединяване на отчетния месец преди формиране на месечното известие, е необходимо е да се създаде автоматична проверка за случаи, отчетени по АПр 34, които отговарят на всички логически контроли за изпълнение на алгоритъма на АПр 34 и при които са отчетени извършени и диагностични процедури гастроскопия:

- код 30478-10 „Езофагоскопия с отстраняване на чуждо тяло“;
- код 30478-00 „Панендоскопия до дванадесетопръстника с отстраняване на чуждо тяло-дуоденоскопия, гастроскопия с изваждане на чуждо тяло, езофагогастродуоденоскопия“), и диагностична процедура колоноскопия:

- код 30473-01 „Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия“;
- код 32084-00 „Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика“;
- код 32090-01 „Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия“;
- код 32084-01 „Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика, с биопсия“;
- код 92088-00 „Отстраняване на чуждо тяло от дебело черво, без инцизия“;
- код 92090-00 „Отстраняване на чуждо тяло от ректум или анус, без инцизия“).

При екстракция на чуждо тяло (32084-00 + 92088-00/92090-00)/30478-10/30478-00), АПр се отчита с две основни терапевтични процедури, едната от които е ендоскопска (30478-10/30478-00/32084-00) и една от блок 1920 (96199-07/96199-08/96199-00/96199-09/96200-09/96197-09).

Процедура с код 32084-00 Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика, се отчита с втора допълнителна процедура с код 92088-00/92090-00.

За такива случай АПр 34 се заплаща на ценово ниво „гастроскопия и колоноскопия“ равно на ценово ниво „стандартно“ на съответното АПр 34, увеличено със 100 лв.

2.2.4. Промени в контролите в система HOSP_CPW за съпоставяне на стойността на отчетената дейност с утвърдените месечни стойности.

Договорени са следните изменения по отношение утвърждаваните по правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2024 г. стойности за дейността на изпълнителите на БМП:

„Стойностите се определят по различен ред за:

1. дейности в БМП – КП и АПр: за раждане и здрави новородени, за хемодиализа, за диагностика и лечение на онкологични и хематологични заболявания, за лъчелечение, за позитронно-емисионна томография с компютърна томография (PET/CT), за еднофотонна емисионна компютърна томография с компютърна томография (SPECT/CT) на хибриден скенер, закупувани със средствата в ЦУ на НЗОК;

2. дейности в БМП – КП, КПр, АПр, с изключение на дейности по т. 1 и 3, закупувани само в рамките на месечните стойности по приложение № 2 към договорите на изпълнителите на БМП;

3. дейности в БМП – КП за асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания, закупувани в рамките на отделни месечни стойности по приложение № 2 към договорите на изпълнителите на БМП.“

В тази връзка за дейностите, завършени до 01.03.2024 г., в групата „Освоб. от МС“ се включват следните дейности:

Дейности в БМП (КП и АПр), включени в приложение 1 на Правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2024 г., чиито стойности не се включват в съпоставката с утвърдената месечна стойност на лечебното заведение

Код	Име
005.1	Нормално раждане
005.2	Раждане чрез цезарово сечение
006	Грижи за здраво новородено дете
240	Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения
241.3	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с КТ на минимум две зони или костномозъчно изследване с МКБ – код 41.31 (30081-00, 30087-00) при лица над 18 години
241.4	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с КТ на минимум две зони или костномозъчно изследване с МКБ – код 41.31 (30081-00, 30087-00) при лица под 18 години
241.5	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с МРТ при лица над 18 години
241.6	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с МРТ при лица под 18 години
242	Диагностика и лечение на левкемии
243	Диагностика и лечение на лимфоми
244.1	Диагностика и лечение на хеморагични диатези. Анемии. За лица над 18 години
244.2	Диагностика и лечение на хеморагични диатези. Анемии. За лица под 18 години
245	Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст
246	Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности
247	Брахитерапия с ниски активности
248.1	Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия с приложени до 20 фракции и продължителност на лечението от 3 до 30 дни
248.2	Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия с приложени 20 и повече фракции и продължителност на лечението 30 и повече дни
249	Триизмерна конвенционална телегаматерапия и брахитерапия със закрити източници
250.1	Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени до 20 фракции и продължителност на лечението от 3 до 30 дни
250.2	Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени 20 и повече фракции и продължителност на лечението 30 и повече дни
251.1	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени до 20 фракции и продължителност на лечението от 3 до 30 дни
251.2	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени 20 и повече фракции и продължителност на лечението 30 и повече дни
252.1	Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания
252.2	Роботизирана радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания
01.1	Хронично хемодиализа
01.2	Бъбречно-заместителна терапия (хемодиализация)
02	Перитонеална диализа с апарат
03	Перитонеална диализа без апарат
05	Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания
06	Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания
ЕА06	Заплащане за АПр6 с отчетени ЛП, извън броя по ДЛА
07	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания
ЕА07	Заплащане за АПр7 с отчетени ЛП, извън броя по ДЛА
08	Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия
36	Позитронно-емисионна томография с компютърна томография (ПЕТ/КТ) (PET/CT)
37	Еднофотонна емисионна компютърна томография с компютърна томография – SPECT/CT на хибриден скенер

Стойностите за АПр 99 „Предсрочно изпълнение на дейностите КП ...“ се включват в групата за отчитане на стойностите на съответната КП, която е изпълнена предсрочно.

В съпоставянето с месечната стойност участва стойността на дейности (КП, КПр и АПр) и допълнителните плащания към тях (BP050.1, BP050.2, BONK03) с изключение дейностите от групата „Освоб. от МС“ и КП 168.1 и КП 168.2. При надвишаване на месечната стойност се формира отрицателна стойност по позиция МЕСН „Сума за възстановяване по реда на Механизма за гарантиране на предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания за БМП, съгласно НРД“ в месечното известие.

За дейностите по КП 168.1 и КП 168.2 от 01.03.2020 г. е необходимо да се създаде отделна месечна стойност. Когато стойността на отчетените от лечебното заведение за месеца КП 168.1 и КП 168.2 надвиши тази месечна стойност, последно отчетените случаи от тези КП следва автоматично да се маркират в система HOSP_CPW като „чакащи разрешение“.

При получено разрешение, РЗОК следва да увеличат специфичната месечна стойност за тези КП, съгласно разрешението и да потвърдят за заплащане „чакащите разрешение“ случаи в рамките на новата месечна стойност, за което формират електронни известия след контрол за издаване от изпълнителите на БМП на дебитни известия.

2.2.5. Отчитане на случай по повече от една КП (политравма).

В система HOSP_CPW на НЗОК е необходимо да бъдат извършени следните промени:

2.2.5.1. В електронния формат на ежедневните файлове е необходимо да се създаде отделна секция при изписване на пациента за индикиране на случай, който ще бъде отчетен по повече от една клинична пътека (КП).

2.2.5.2. В новата секция, за всяка от допълнително извършените КП, при дехоспитализация на пациента, задължително следва да се посочват:

- съответната диагноза, по която се лекува пациентът;
- извършените основни терапевтични процедури в съответствие с диагностично-лечебния алгоритъм (хирургични или интервенционални), с които се завършва всяка една от допълнителните КП.

- вложени медицински изделия, които се заплащат извън стойността на съответната КП, ако има такива.

- УИН на лекарите (оператори или лекуващи), които са включени в приложение № 1 към договора на лечебното заведение за съответната КП.

2.2.5.3. Случаите, попадащи в хипотезата на политравма, не се включват в калкулациите за ценови нива

2.2.5.4. За КП, с която се завършва лечението на пациента е необходимо системата да проверява:

- да са извършени всички основни терапевтични процедури (хирургически/интервенционални);

- да е спазен задължителният минимален болничен престой, посочен в съответната КП

- да са извършени задължителните диагностични процедури, с които се отчита хирургичната пътека, като вид, брой и последователност на извършване.

2.2.5.5. Клинични пътеки, които могат да се отчитат в секцията за политравма са:

- за мозъчен инсулт:

КП № 50.1 Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза при лица над 18 години

КП № 50.2 Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза при лица под 18 години

КП № 51.2 Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт с интервенционално лечение

КП № 52.1 Диагностика и лечение на паренхимен мозъчен кръвоизлив при лица над 18 години

КП № 52.2 Диагностика и лечение на паренхимен мозъчен кръвоизлив при лица под 18 години

КП № 53.1 Диагностика и лечение на субарахноиден кръвоизлив при лица над 18 години

КП № 53.2 Диагностика и лечение на субарахноиден кръвоизлив при лица под 18 години

- за сърдечен инфаркт:

КП № 26 Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение

КП № 28 Диагностика и лечение на остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение

за белодробна тромбоемболия:

КП № 36 Диагностика и лечение на белодробен тромбоемболизъм без фибринолитик

Необходимо е системата да проверява съответствието на отчетените допълнителни КП с изброените по-горе.

- оперативни (хирургични)/интервенционални КП:

Допълнително извършените КП могат да са всички оперативни (хирургични)/интервенционални КП, от обхвата на всички медицински специалности, при условие, че извършените основни терапевтични процедури са в съответствие с ДЛА на съответните КП и са изпълнени задължителните за завършването им условия.

2.2.5.6. При обработка в система HOSP_CPW целия случай, попадащ в хипотезата на политравма се отхвърля от системата с причина: „Изисква се проверка и потвърждаване от РЗОК“.

2.2.5.7. Система HOSP_CPW следва да позволява всяка една от отчетените в случая КП да може да бъде потвърдена от експерти в РЗОК след проверка.

2.2.5.8. Всяка КП, която е потвърдена за заплащане от РЗОК, следва да се отразява в месечното известие към изпълнителя на БМП като отделен брой КП от съответния вид.

2.2.5.9. В случай, че дадена КП от случая не е потвърдена за заплащане от страна РЗОК, неплащането на същата не се отразява на заплащането на потвърдените КП.

2.2.5.10. При потвърдено от РЗОК заплащане, основната КП, по която е завършено лечението се заплаща 100% от цената на съответната КП, а за потвърдените допълнителни КП - 80% от цената на съответната КП.

2.2.5.11. Система HOSP_CPW следва да извършва проверка за спазен болничен престой по всяка една КП. За спазен общ болничен престой се счита общият престой на пациента в лечебното заведение, изпълнител на болнична медицинска помощ. Общия болничен престой не може да е по-малък от най-дългия, съгласно ДЛА, минимален престой по отчетените КП за случая.

2.2.5.12. В система HOSP_CPW следва да се визуализират всички КП по случая с техните атрибути и индикация, че това е случай на политравма и основна КП от случая.

2.2.5.13. В система HOSP_CPW следва да има възможност за генериране на справка за случаите на политравма, включваща всички атрибути от отчетения случай.

2.2.6. Промяна в HOSP_CPW при генериране на дебитно известие:

При генериране на дебитно известие за заплащане на дейност, да се генерира предупредително съобщение с текст: „Към случаите, включени в дебитното известие, има МИ заплащани на ТЕ“. Възможно е да се комбинира – валидацията на дейността да изисква и валидация на вложеното МИ.

2.2.7. Отразяване в система HOSP_CPW на приетите в Анекса допълнения и изменения в диагностично-лечебния алгоритъм (ДЛА) на Амбулаторна процедура (АПр) № 38.2 „Осигуряване на антихемофилни фактори за лечение на вродени коагулопатии“.

Към настоящия момент в регистър „Договори“ на Интегрираната информационна система на НЗОК (ИИС) се въвежда само АПр 38, като няма деление на АПр 38.1 и АПр 38.2.

Всички извършвани дейности от специализираните комисии в ЛЗ за БМП, в т.ч. и издадените електронни протоколи за предписване на скъпоструващи лекарствени продукти, заплащани от НЗОК се кодират в болничните информационни системи и системата HOSP_CPW на НЗОК като АПр 38.

Лечебните заведения, на които се заплащат лекарствени продукти по АПр 38.2, въвеждат в ежедневните си файлове дейността на специализирана експертна комисия и информацията за осигурени и приложени лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии в две отделни секции на XML файла с код АПр 38. Няма деление на кодове АПр 38.1 и 38.2.

В система HOSP_CPW информацията от ежедневните файлове се разделя като дейност, извършена от специализирана комисия в изпълнителите на БМП и приложени лекарствени продукти.

С въведените промени в ДЛА на АПр 38, се налага промяна в начина на въвеждане в ИИС в регистър „Договори“ на договорената с НЗОК дейност и отразяване на тази дейност в ежедневните файлове на ЛЗ за БМП.

Необходимо е да бъдат направени следните промени:

2.2.7.1. В ИИС на НЗОК да бъде въведен код АПр. 38.2 „Осигуряване на антихемофилни фактори за лечение на вродени коагулопатии“.

2.2.7.2. За лечебни заведения, сключили договор за експертни комисии по АПр № 38 (комисии за скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, т.2 от ЗЗО (АПр. 38.1) или специализирани комисии, съгласно утвърдените от управителя на НЗОК „Изисквания на НЗОК при лечение на вродени коагулопатии в извънболничната помощ“ (АПр 38.2), в регистър „Договори“ на ИИС, следва да бъде активна АПр. 38.

2.2.7.3. В регистър „Договори“ на ИИС от РЗОК да бъде въведена АПр. 38.2 „Осигуряване на антихемофилни фактори за лечение на вродени коагулопатии“ на онези ЛЗ за БМП, с които НЗОК е сключила договор и на които ще бъдат заплащани лекарствените продукти. Тези ЛЗ за БМП ще подават приложените лекарствени продукти в ежедневните файлове с код АПр 38.2. Ежедневният файл следва да бъде подаден след получаване на пълната информация от ЛЗ за БМП, приложило, верифицирало и отписало опаковките, от които са приложените лекарствени продукти.

2.2.7.4. Да се въведе в системата HOSP_CPW служебен код АПр 38.3. С този код ЛЗ за БМП, които прилагат лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, верифицират и отписват в БОВЛ опаковките, от които са лекарствените продукти, ще подават приложените лекарствени продукти за всеки ден, на който има прилагане.

2.2.7.5. В ежедневните файлове ЛЗ за БМП, което прилага лекарствените продукти, задължително да се попълва елемент „ceasedClinicalPath“, с неговите атрибути: "code" (Код клинична пътека), "IZMedicalWard" (ИЗ на пациента), "IZYearMedicalWard"

(година на ИЗ) и "CodeTypeNRN" (НРН на КП). По този начин в НЗОК ще постъпва информация за клиничната пътека по която лежи пациентът и са му приложени лекарствените продукти. Следователно, всяко ЛЗ, което прилага лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, независимо дали има договор за АПр 38.2, трябва да подава информация по коя КП, с кое ИЗ и кое НРН на хоспитализация лежи пациентът, на който се прилагат лекарствените продукти. По този начин ще има връзка между КП и АПр 38.2/38.3.

2.2.7.6. В системата HOSP_CPW да се извършва контрол чрез сравнение и генериране на справка между подадената информация от лечебното заведение, приложило лекарствените продукти и лечебното заведение, осигурило лекарствените продукти.

2.2.7.7. В ИИС следва да бъде въведена информацията за болничните аптеки на изпълнителите на БМП и техния „№ на аптека“ от „Публичен регистър на Разрешенията за търговия на дребно с лекарствени продукти (Регистър Аптеки)“ на НЗИС.

2.3. ТЕСТВАНЕ И ВНЕДРЯВАНЕ

Целта на дейността е установяване на степента на съответствие на променения софтуер с изискванията на Възложителя. Софтуерът се тества предварително при Изпълнителя, след което се тества и от Възложителя. Целта е констатиране и последващо отстраняване на евентуално допуснати в хода на реализирането грешки, неточности, несъответствия.

В рамките на проекта, софтуерът се въвежда в реална експлоатация със съдействието на екипа по проекта от страна на Изпълнителя за използване от всички потребители.

3. ГАРАНЦИОННА ПОДДРЪЖКА

След успешното внедряване на променения софтуер, следва да се осигури гаранционна поддръжка за реализираните промени, която се предоставя по проект 14 от ПГ 2024.