СПРАВКА

за отразяване на становищата, получени по време на общественото обсъждане на **проект на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса** (публикуван за обществено обсъждане в периода от 14.11.2025 до 15.12.2025 г.)

Участник в общественото обсъждане	**Предложение/Мнение**	**Приема/ не приема предложението**	**Мотиви**
1. вх. № 26-00-2879/01.12.25 г. в МЗ Българско дружество по офталмология	Във връзка с нуждата от оптимизация на дейностите по очни болести отправяме предложение за две нови амбулаторни процедури. На преговорите с БЛС, МЗ и НЗОК, в които участваха офталмолози, единодушно се прие идеята за обособяване на Амбулаторна процедура: „Операции на предна очна повърхност с голям обем и сложност“, които да позволяват лечение на травми и изгаряния и в извънболнична помощ, ако лечебното заведение отговаря на изискванията за легла и апаратура, има минимум 2 ниво на компетентност и двама специалисти по очни болести с необходимата квалификация. Това е особено важно съобразявайки спешността на тези състояния и нуждата от незабавна реакция. Предлагаме цена за тази амбулаторна процедура 520 Евро и смятаме, че тя ще оптимизира работата в полза на пациентите, ще увеличи достъпа и ще намали усложненията от изчакване на възможности за пътуване и/или липса на лични средства за покриване на разходите от пациента. По отношение на една високотехнологична и до преди последното десетилетие рядко извършвана в България операция, има известни противоречия между офталмолозите работещи в различни лечебни заведения и с различен опит. Витректомията е високо-технологична оперативна интервенция изискваща скъпоструваща медицинска апаратура и висока квалификация, като средния брой на година е между 2000 и 3000 процедури. Колегите от СОБАЛ „ЗОРА“, които са и 50% от състава на Българското дружество по ретинология, имат предпочитания тази интервенция да остане само в болнична помощ с престой над 48 часа. Освен, че не отговаря на добрата Европейска практика, това ограничава и достъпа до специалисти, защото в много лечебни заведения за извънболнична помощ с легла има квалифицирани хирурзи с отлични резултати. Те обаче са принудени да работят	Не се приема.	Витреоретиналната хирургия, както и оперативните интервенции на преден очен сегмент с голям обем и висока степен на сложност са най-тежките, високорискови и ресурсно-интензивни оперативни интервенции в офталмологията, които изискват специализирана операционна среда; мултидисциплинарен екип; възможност за спешна реакция при интра- и постоперативни

срещу заплащане, хирургия която е без алтернатива и с огромно социално значение. Поставянето на високи изисквания за апаратура и квалификация към изпълнителите на тази дейност, ще осигури по-добър достъп до тази хирургия с по-добра покривност на различните региони в страната. Апаратурата нужна за витректомия е скъпа, а операциите не са толкова много на фона на хирургична интервенция като катаракта например. Високите изисквания и нуждата от сериозна инвестиция са естествена селекция на най-добрите центрове с най-мотивирани специалисти, за извършване на тази високотехнологична процедура. Подобен подход ще създаде условия за реална конкурентна среда и е в интерес и на потребителя и на платеца на услугата. На база икономически анализи от МБАЛ „Тримонциум“ Пловдив предлагаме цена 1000 Евро за тази процедура с идеята, че разхода в годишен размер няма да надвиши 2 мил. Евро за цялата страна. С цел да проучим нагласите попитахме офталмолозите за тяхното мнение, като доминира отговорът, че тази операция е неразделна част от менажирането на усложненията от катаракта, вътреочни инжекции, диабет и нейното прилагане в по-голям брой добре оборудвани и обезпечени със специалисти лечебни заведения ще доведе до по-добра грижа за нашите пациенти и по-висока ефективност на офталмологичните дейности. С цел утвърждаване на добри еропейски практики, направихме пручване на литературата и практиките по отношение на хоспитализацията след витреоретинална хирургия. Резултатите са представени в таблицата:

Обобщена таблица за болничен престой след витреоретинална хирургия

Регион/държава	**Престой в болница/лечебно заведение след витроретинална хирургия**
Западна Европа (Великобритания, Белгия, Германия, Франция)	Еднодневна хирургия, рядко болничен престой по индикации. Във Великобритания от 1992 година се работи в посока „еднодневна хирургия“. Leaver P. Prospects for day-case vitreoretinal surgery. Br J Ophthalmol. 1992 Feb;76(2):65.
Източна Европа (Полша, Румъния, Чехия, Унгария,	Тенденция за еднодневна хирургия и намаляване на болничния престой под 24 часа, като няма данни на Евростат, а най-скорошната публикация е от 2002 година. Kocur I, Resnikoff S, Foster A; International study group. Eye healthcare services in eastern Europe:

усложнения; задължително болнично наблюдение в ранния следоперативен период. С оглед становището на Експертния съвет по очни болести, предложените оперативни процедури не следва да се извършват в амбулаторни условия, поради рисковете за пациентите. Изискването за наличие на анестезиолог гарантира безопасността при тези тежки интервенции.

включително България)	Part 2. Vitreoretinal surgical services. Br J Ophthalmol. 2002 Aug;86(8):851-3.
Южна Европа (Италия, Испания, Гърция)	Еднодневна хирургия, рядко болничен престой по индикации. В Испания след 23-я час болния се превежда в отделение по вътрешни болести.
Скандинавски държави	Еднодневна хирургия
Турция	Препоръка към пациента за 1-3 дневен престой срещу заплащане.

Няма спор, че в някои случаи общото състояние на пациента изисква наблюдение и участие на интердисциплинарен екип от ендокринолози, кардиолози и нефролози. Тези случаи могат да бъдат хоспитализирани, както и до сега по КП 999 и да получат адекватна комплексна грижа, което разбира се би се осъществило по-лесно ако влязат правила за „диагностично свързани процедури“. Това по правило трудно се осъществява в СПЕЦИАЛИЗИРАНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ и изизква хоспитализация в МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ. За съжаление отделения работещи Витректомия към МБАЛ в България има само две, което е още една причина за предложната промяна.

Ето защо настоящото писмо е подкрепено от офталмолозите извършващи витректомия и/или пост-оперативно проследяване, чиито имена са изброени по-долу с абсолютната убеденост, че е необходимо:

1. Ообособяване на още две амбулаторни процедури, а именно:

„Операции на предна очна повърхност с голям обем и сложност“ и „Витректомия“.

2. С оглед на амбулаторния характер на двете предложени процедури и вече утвърдените в годините три такива, предлагаме изискването за анестезиолог на щат към тях да отпадне и да се замени с: анестезиолог, кардиолог и алерголог по договор за извършване на съвместна дейност. Съобразявайки специализирания характерна лечебните заведения, подобна стъпка ще позволи привличане на колеги с опит и познания, а не колеги които вече не работят интензивно по здравословни и други причини, което е само в полза на лекуваните пациенти и качеството на извършванта дейност.

Подобни стъпки ще оптимизират разходите на НЗОК, ще подобрят грижата за пациента, ще създадат условия за позитивна конкурентна среда и не на последно

	място дейностите по офталмология ще съответстват на добрите Европейски практики. *Приложени проекти на: АПр „Операции на предна очна повърхност с голям обем и сложност“ и АПр „Витректомия“. БД - офталмология АПр .... Витректомия.(БД - офталмология АПр .... ПОП.docx		
2. вх. № 61-00-159/25.11.25 г. в МЗ Проф. Ал. Оскар	Като председател на Експертния съвет по очни болести към Министерството на здравеопазването към мен се обърнаха редица колеги от страната с конкретни предложения и притеснения, които Ви представям в систематизиран вид: 1. Необходимост от увеличение на заплащането на АПР 19 и КП 130, 131 и 135 с поне 10 %. Мотивите са свързани със значителното нарастване на разходите за дейността, включително и на разходите за персонал. Колегите считат, че настоящите стойности не отразяват реалната себестойност и устойчивост на качествената офталмологична помощ. 2. Възможност очните лекари да бъдат включени като изпълнители на КП 136, 137 и 138. В момента изпълнители по тези клинични пътеки могат да бъдат специалисти по УНГ, лицево-челюстна хирургия и пластична хирургия. Офталмолозите, особено тези с компетентност в областта на периорбиталната хирургия, притежават необходимите знания и опит за работа в тази зона. Затова молим това да бъде отразено нормативно. 3. Относно предложението витреоретиналната хирургия при отлепване на ретината да бъде преместена от КП към АПР. Разбрахме, че до Министерството е изпратено писмо с подобно предложение. От името на голяма част от офталмологичната общност бих искал да изразя сериозна загриженост по този въпрос. Витреоретиналната хирургия е една от най-сложните и високорискови офталмологични интервенции. Пациентите изискват задължително болнично наблюдение, предвид възможността от усложнения, които могат да настъпят в ранния постоперативен период. С оглед на това колегите единодушно считат, че: • витреоретиналната хирургия не следва да се извършва в амбулаторни условия, поради рисковете за пациентите; • изискването за наличие на анестезиолог трябва да остане, тъй като то гарантира безопасността при тези тежки интервенции.	Приема се по принцип.	Цените и обемите са обект на Националния рамков договор за медицинските дейности. Обхватът на медицинските специалисти, осъществяващи определените медицински дейности в посочените клинични пътеки осигурява пълноценна медицинска грижа на нуждаещите се пациенти. Предвид сложността и потенциалните рискове за пациентите Витреоретиналната хирургия при отлепване на ретината остава в обхвата на

	Настояваме нормативните изисквания за изпълнение на дейността да останат непроменени, в интерес на качеството и безопасността на лечението. Искрено се надяваме изложените аргументи и предложения да бъдат разгледани с внимание. Офталмологичната общност остава отворена за участие в работни групи и експертни обсъждания, за да се гарантира най-добрата грижа за пациентите и устойчивост на системата.		дейностите по клинична пътека.
3. вх. № 62-08-39/01.12.25 г. в МЗ БЛС	По време на срещата на работната група, проведена на 30.10.2025 г., са разгледани и приети за включване в Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 следните предложения, които не откриваме в проекта, публикуван за обсъждане на 14.11.2025 г.: 1. В АПР № 26 „Амбулаторни хирургични процедури” - да се добави като изпълнител медицинска специалност Съдова хирургия; 2. В КП № 198 „Хирургично лечение при животозастрашаващи инфекции на меките и костни тъкани” — да се добави като изпълнител медицинска специалност Съдова хирургия; 3. В КП № 127 „Консервативно лечение на съдова недостатъчност” да се включи код по МКБ - 10 - 180.8 - Флебит и тромбофлебит с неуточнена локализация; 4. В КП № 17 „Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания“, КП № 20 „Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечносъдови заболявания“, КП № 25 „Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с инвазивно изследване”, КП № 26 „Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение“ и КП № 28 „Диагностика и лечение на остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение“. Да се добавят основни диагностични процедури: 38207-00 Оценка на коронарния резерв, чрез прилагане на специална катетърна методика 55131-00- Интраваскуларен ултразвук на сърце (IVUS) 11208-00 Оптична кохерентна томография 5. В Клинична пътека № 20 „Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания” да се добави основна терапевтична процедура: 38359-00 Перикардиоцентеза Моля тези одобрени предложения да бъдат вкючени в наредбата за изменение и допълнение на Наредба № 9.	Приема се.	Отразени промени в Наредба.

	В допълнение е предложено в „Клинична пътека № 270 „Лечение на инфекции на пикочо-половата система“ в дейности и услуги по т. 1.1 да се добави и от обхвата на медицинска специалност „Акушерство и гинекология“ осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Акушерство и гинекология“.		
4. вх. № 26-00-2843/25.11.25 г. в МЗ Акад. Иван Миланов	Във връзка с предложения за обсъждане проект за Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, ние изразяваме в законовия срок отново следното наше предложение, което е съгласувано с НЗОК и БЛС. В Наредбата да се включи още една нова клинична пътека за „Други мозъчносъдови болести”, която да включва следните диагнози: • I67.0 Дисекация на церебрални артерии без руптура • I 67.1. Мозъчна аневризма без руптура • I 67.2 Мозъчна атеросклероза • I 67.3 Прогресивна съдова левкоенцефалопатия • I 67.4 Хипертонична енцефалопатия • I 67.5 Болестта Моуамоуа • I 67.6 Непиогенна тромбоза на вътречерепната венозна система • I 67.7 Мозъчен артериит, некласифициран другаде • I 67.8 Други уточнени мозъчносъдови болести • I 67.9 Мозъчносъдова болест, неуточнена • G93.4 Енцефалопатия, неуточнена • G93.6 Мозъчен оток Освен отделянето на ТИА в самостоятелна клинична пътека, въвеждането на тази нова клинична пътека се налага поради отчитане на немалък брой случаи по КП № 50 „Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза” на пациенти, за които не са изпълнени критериите за остър исхемичен мозъчен инсулт. Това води до тежко изкривяване на статистиката, което поставя България на едно от челните места в Европа по мозъчни инсулти, съответно — нисък процент на прилагане на тромболизи и тромбектомии. *Приложен проект на КП „Други мозъчносъдови болести“. 26-00-2843 от 25.11.2025 акад. Мил	Не се приема.	Създадена е нова клинична пътека „Транзиторна исхемична атака“, която ще подобри достъпа на пациентите с включените в нея заболявания и предвид статистическите данни за този род заболявания. Предложените диагнози са разнородна група и лечението на пациентите със съответната диагноза не се извършва само в структури по нервни болести.

5. вх. № 62-08-38/27.11.25 г. в МЗ Д-р Николай Брънзалов	По време на преговорите между Националната здравноосигурителна каса и Български лекарски съюз за изготвяне на проект на НРД за медицинските дейности 2026-2028, постъпиха още предложения за изменение и допълнения на Наредба № 9. Тези предложения бяха обсъдени от двете преговарящи страни и се постигна принципно съгласие за тяхното приемане. Предложенията са следните: 1. Пакет Образна диагностика— приложение 2, т. Б В пакет „Образна диагностика“ да се промени текстът в „Забележка” - втори абзац по един от следните начини: 1. Вариант: „При деца дейностите по т; 5 и 6 от част „Високоспециализирани диагностични изследвания“ могат да се извършват и под обща анестезия след обстоен преглед от специалист по педиатрия и ~~съвместно заключение със специалист по образна диагностика, съдържащо необходимостта от извършване на изследването под обща анестезия.~~ Осигурява се 24-часово активно наблюдение при необходимост след обща анестезия.“' 2. Вариант: „При деца дейностите по т. 5 и 6 от част „Високоспециализирани диагностични изследвания” ~~след обстоен преглед от специалист по педиатрия и съвместно заключение със специалист по образна диагностика, съдържащо необходимостта от извършване на изследването под обща анестезия.~~ Осигурява се 24-часово активно наблюдение при необходимост след обща анестезия.“ Мотиви: Начинът, по който Наредбата регламентира назначаването на Високоспециализирани медицински изследвания „Ядрено-магнитен резонанс под обща анестезия“ и „Компютърна аксиална или спирална томография под обща анестезия“ е трудноосъществим в системата на специализираната извънболнична медицинска помощ и затруднява и дори прави почти невъможен достъпа на децата до тези медицински услуги. Лекарите, работещи по договор с НЗОК за СИМП, изпълняват дейността си в различни лечебни заведения и при преглед и издаване на „Направление за медикодиагностична дейност” (бл МЗ-НЗОК № 4), лекарят педиатър няма как да осъществи и представи „съвместно заключение със специалист по образна диагностика“. Лечебното заведение, сключило договор за цзпълнение на горепосочените ВСМДИ, на основание Направление бл. № 4 осъществява изследванията и е длъжно да осигури лекар по Анестезиология и интензивно лечение за преданестезиологична консултация, извършване на анестезия и при необходимост наблюдение след обща анестезия. Друг въпрос е дали не е удачно да се разреши и на други специалисти от СИМП освен педиатри, да назначават тези изследвания, например такива с „тясна” педиатрична специалност, но това засега не е обсъждано от БЛС и НЗОК. По време на преговорите беше констатирано, че е наложителна актуализация на целия пакет „Образна диагностика“ по приложение 2Б на Наредбата, включително	Приема се Вариант 1.	Отразено в проекта на Наредба. Прегледът от специалист по педиатрия е необходим с оглед осигуряване на качествена преценка за използването на обща анестезия при детето.

	за отпадане на някои остарели методи на изследване и от по-прецизно формулиране на видовете образни изследвания, но за това ще разчитаме на Министерство на здравеопазването да инициира нова промяна в Наредба № 9. след провеждане на по-широка дискусия със специалистите по Образна диагностика. 2. Предложение за включване на специалност „Образна диагностика“ като изпълнители на: - КП № 145„Ендоскопски процедури при обструкции на горните пикочни пътища” за код 36624-00 Перкутанна нефростомия; - КП № 216 „Спешни състояния в гръдната хирургия“ за код 38806-00 Поставяне на междуребрен катетър за дренаж; - АПР № 4 Осигуряване на постоянен достъп за провеждане на диализно лечение и химиотерапия“ Мотиви: И в момента лекари със специалност по образна диагностика, притежаващи допълнителна квалификация за Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология работят в ангиографски или др. подобни структури в ЛЗ и в мултидисциплинарни екипи или самостоятелно изпълняват редица съдови интервенции, невроинтервенции, дренажни манипулации и др. процедури. В момента, съгласно Наредба № 9 те могат изпълнители на основни процедури по: КП 17, 18, 44, 51, 69, 73 и 74, както и КПр № 6, КПр № 7. Имаме принципно съгласие от НЗОК за приемане на предложенията по т., но ако счетете за нужно можете да поискате допълнително становище от тях.	Приема се.	Отразено в проекта на Наредба.
6. вх. № 94-4316/19.11.25 г. в МЗ Илиан Славчев	Предложение относно изменение на раздел Специализирани медицински дейности и раздел Високоспециализирани медицински дейности по медицинска специалност „Очни Болести“ към раздел V. Диагностично лечебна дейност - диагностика, лечение и рехабилитация на остри и изострени хронични заболявания, извън дейностите по диспансеризация, след насочване от лекар от първичната или специализираната извънболнична медицинска помощ. по Проект на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса. Както се вижда от цитираната по-долу извадка от тази Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса: „V. Диагностично-лечебна дейност - диагностика, лечение и рехабилитация на остри и изострени хронични заболявания, извън дейностите по диспансеризация, след насочване от лекар от първичната или специализираната извънболнична медицинска помощ:	Не се приема.	Предложението касае включване в обхвата на дейностите, заплащани от НЗОК, на провеждане на изследване Уейвфронт аберометрия. Не са представени медицински доказателства за резултатите от прилагане на този метод, както и

	Б. Специализирани и високоспециализирани медицински дейности по медицински специалности: ОЧНИ БОЛЕСТИ Специализирани медицински дейности: 1. Локално обезболяване. 2. Изследване на зрителна острота. 3. Изследване на зенични реакции. 4. Изследване на рефракция с предписване на очила. 5. Изследване на заден очен сегмент. 6. Офталмоскопия. 7. Тонометрия. 8. Екзофталмометрия. 9. Изследване на зрително поле - периметрия или кампиметрия. 10. Изследване на цветно зрение с цветни таблици. 11. Изследване на адаптацията. 12. Изследване на акомодацията. 13. Изследване с триогледални стъкла. 14. Изследване на преден очен сегмент - био-микроскопия. 15. Гониоскопия. 16. Изследване на централно зрително поле по Амслер. 17. Офталмометрия по Жавал или авторефрактометрия. 18. Скиаскопия. 19. Поставяне, сваляне на очна протеза. 20. Промивка на конюнктивален сак. 21. Сондиране на каналикули и промиване на слъзни пътища. 22. Цветни проби за слъзни пътища. 23. Проба на Ширмер. 24. Проба на Зайдел. 25. Отстраняване на хирургични шевове. 26. Отстраняване на чуждо тяло от роговица и конюнктива. 27. Терапевтична субконюнктивална парабулбарна и ретробулбарна инжекция. Високоспециализирани медицински дейности: 1. Лазертерапия на очни заболявания. 2. Флуоресцентна ангиография на съдове на окото.“ Както се вижда в нея липсва Фундаменталното изследване за установяването на Статуса на един зрителен орган, който го определя като нормален или ненормален, такъв излязъл от статуса на нормалност.		медицински публикации за неговата ефективност. С направеното предложение не е представена информация за наличие на необходимо за изследването оборудване в страната и налични медицински специалисти, които имат квалификация и опит за предоставяне на посочената високоспециализирана медицинска дейност. Също така не е посочен очакван брой пациенти, които имат необходимост от провеждане на посоченото изследване и очаквани резултати.

	Или с други думи в този списък от високо Специализирани и Високоспециализирани медицински дейности, липсва Основната медицинска дейност, която да установи Функционалния статус за качеството на Визуалното възприятие на Оптичната система на зрителния орган, която да определи съответния зрителен орган като Нормален – проектиращ върху ретината му едно единствено, но все пак разбираемо изображение с различни по вид леки деформации, които могат да се коригират с прости очила или оптични средства. – различни сферични и цилиндрични аберации. Или като Ненормален за случаите когато този орган вместо едно единствено изображение възпроизвежда върху ретината си едни доста странни неразбираеми изображения, състоящи се от редица сложно преплетени такива, с вариращ интензитет и различен степен на фокусираност върху ретината, и представят една много сложна , доста неразбираема картина, състояща се от смесица от много разпокъсани изображения, които реално превръщат цялото изображение в доста безполезна неразбираема картина. Проблем по който Българската Офталмология! Не е направила необходимото предложение за да се разреши този въпрос. Нещо абсолютно необходимо за да се разбере истинския статус на възможностите на този зрителен орган. Искаме или не искаме! Ние просто Нямаме Избор! Защото един такъв тип медицинска дейност е единствено възможно да се осъществи със средствата на така наречената Wavefront Аберометрия и присъщата за този тип апаратура, така наречената Point Spread Function (PSF). Без който тип диагностика не може да се определи статуса на един зрителен орган изпаднал в Абнормално състояние - извън състоянието на нормалност и се разбере спецификата на неговото увреждане. За да му се постави съответстваща диагноза, с което на съответното здравноосигурено лице да му се окаже съответстващата медицинска помощ, съобразно спецификата на неговото увреждане. Вместо то да остава изхвърлено от системата на здравеопазването без да му се оказва никаква медицинска помощ! В най-тежкия момент от неговия живот. Когато най-много се нуждае от такава. Защото с медицински средства на такива лица не може да им се помогне! Но това може да стане с помощта на различни по вид високо-специализирани помощно-технически средства, които да спомогнат за облекчаването на тежестта на този особено обременяващ проблем, каквито са различните, електронни, видео увеличители с достатъчно голям екран (50 инча), и 4К резолюция (3840 x 2160 pix.) и стократно увеличение, динамичен контрол на увеличението и оптически зоом. Съответна апаратура за контрол на компютъра са поглед! Различни скенери и OCR софтуер за реконструиране на текст от фотос в редактируем текст. Висок клас таблет или смартфон с по-голям екран. – за да изпълнява и функцията и на мобилен видео увеличител и подобни, които облекчават процесите на боравене с визуална		

информация, което също е медицинска помощ, тъй като разрешава медицински проблем и прави някои неща възможни. Няма да обяснявам какъв тежък комплекс от затруднения създава той за индивида, особено за лица като мен с две непоправими увреждания за всеки един от моите зрителни органи. Тъй като ангажира почти цялото му внимание и утежнява целия му комплекс от мисловна и интелектуална дейност. Да направиш невъзможното за да заобиколиш невъзможното. Според статистиката предоставена от Министерството на здравеопазването, в България са регистрирани повече от 980 здравно осигурени лица пострадали от разкъсни рани на зрителния орган – Руптура на склерата, за последните 4 години. Видно от по-долу позиционираната таблица, и всичките те въпреки и здравно осигурени остават без диагностика, без медицинска помощ, без адекватна оценка за тяхната трудова неработоспособност и без подпомагане, при пълна липса на подпомагане със каквито и да било помощни средство свързани с преодоляването на тежестта от този особено тежък медицински проблем. Все едно никога не са били здравно осигурени.

Година	Брой лица със заболяване разкъсна рана на окото с пролабиране или загуба на вътреочни тъкани по МКБ код: 505.2
2022	252
2023	297
2024	262
2025	173

Разбира се без да мога да цитирам статистиката за лицата страдащи от непоправима амблиопия, катаракта и подобни. Проф. д-р Оскар има претенцията да е е специалист в тази област, въпреки че се съмнявам. Проблемът с непоправимите амблиопии е почти същия като този с разкъсните рани на склерата, чийто особен статус най-вероятно се дължи на същия или подобен тип особена деформация или недоразвитост на зрителния орган, причиняваща същите изкривявания в оптичната система на зрителния орган което причинява същия ефект върху изображението, което това око проектира върху своята ретина. – Точно като този, който се получава като последствие при лицата получили сериозни разкъсни рани на своите зрителни органи. Само че в случая става въпрос за неправилно или неточно интерпретиране на предопределената генетична информация, какъвто реално е и случая с моето амблиопично око, за което вашите специалисти твърдят че това око, страдало от хиперметропия (прекомерно далекогледство), но от резултата от проведената от моя страна, като частна поръчка, Wavefront Аберометрия, се Вижда истинската причина

	за този мой статус на този мой амблиопичен орган и това е, че той страда от тежка форма на монокулярна мултиплопия. Множество преплитащи се изображения в един зрителен орган, повече от 60, нещо което, не може да се установи по никакъв друг начин, дължащо се на множеството оптични аберации проявили се в централното зрително поле на моя зрителен орган, което реално се дължи на разкривените оптични повърхности на отделните лещи в зрителния орган в резултат на деформацията на формата на неговата склера. Все пак това са физически закони и никой не може да ги опровергае. Вижте приложената Wavefront аберометрия. Сляп да си ще видиш, че в полето „TOTAL EYE -Letter“ и полето „TOTAL EYE - Point Spread Function“ за дясното ми Амблиопично око(OD) не се вижда един оптотип на буквата „Е“ за първото, или една единствена точка за второто, а цял облак такива, което означава - монокулярна мултиплопия. Същото важи и за моето пострадало от разкъсна рана на склерата, ляво око, нещо което проф. Ива Петкова не можа да разбере. За разлика от д-р Денислав Трошев, като специалист по очни болести от очна клиника „Трошев“ от Стара Загора, провел тази Wavefront Аберометрия по мое поръчка, който проведе изследването перфектно, оставяйки всичките пациенти с този тип заболявания без диагностика и без медицинска помощ, в едно с доц. д-р Марин Ангелов Атанасов д.м. FEBO! Като представители на Експертния съвет по медицинска специалност „Очни Болести към министъра на МЗ, които в комплект с изпълнителния директор на Изпълнителна агенция „Медицински Надзор“ проф. Росен Коларов, Най-демонстративно ме лишиха, от моето право да получа медицинската помощ, регламентирана от чл. 81, ал. 2, т. 1 от Закона за здравето, недопускайки възможността, този вид диагностика да стане част от жизненоважните диагностични дейности за всеки зрителен орган намиращ се в критично състояние, които да докажат статуса на този тип техни увреждания. В този смисъл, не мога да не разкритикувам и академик Петя Василева, която като председател на държавна изпитна комисия по очни болести при МУ Пловдив, не си е позволила да запознае себе си, своите колеги и студентите обучавани и завършващи тази специалност, да разберат каква е истинската същност на зрителния Орган, че той е двупластово явление, една анатомия, която инициира оптична система и основната функция на зрителния орган е да вижда, а анатомията има само подкрепяща функция и те точно това не разбраха, какво представлява тази оптична система и на кои закони е подчинена и с какви средства се изследва тя, коя е науката която я обяснява, за да допуснат най-голямата грешка на офталмологията. Нещото по отношение на което те систематично отказват медицинска помощ на своите пациенти, цялото множество цитирано по-горе! Защото това изследване, за част от секундата, предоставя нагледно и в детайл цялата информация за оптичната система на зрителния орган, откъдето може веднага да се прецени дали на този		

	орган може да му се помогне или не и с какви средства може да стане това, защото оптичната система на зрителния орган е фундамента на всеки зрителен орган, това е неговата основна функция да вижда и е основата на офталмологията без да знаеш какво става с нея при различните хирургични инвазии, всъщност няма да знаеш какъв ще изхода от тях, резултата от което са всичките неуспешни операции и на катаракта и всякакви други от подобен тип, дълбоки хирур-гични намеси. Всяко изкривяване на анатомията на зрителния орган пряко рефлектира на състоянието на тази оптична система и това не може да се види с просто око. Необходима е прецизността на отделния лъч светлина, т. е. wavefront аберометрията и реално без да познаваш състоянието на тази оптична система няма начин да достигнеш до успех в хирургията на този орган, да оставим неясnотите по съотношение на структурите в него и погрешните представи за тях. Очаквам тази медицинска дейност да стане основна в работата на офталмолозите в българия, защото тя отваря очите, обучава и възпитава, за да може всеки пациент да получи медицинската помощ която му се полага по закон, както е регламентирано в по-горе цитирания член 81, ал.2, т. 1 от закона за здравето - пациента да получи „своевременна, достатъчна и качествена медицинска помощ“.		
7. вх. № 15-00-267/17.11.25 г. в МЗ Асоциация на пациенти с автоимунни заболявания	Повече от половин милион българи живеят с диабет, но достъпът им до качествено лечение продължава да зависи повече от изисквания за разходна ефективност, отколкото от медицинска нужда. Проучване сред 30 пациенти и 20 лекари, проведено от Асоциацията на пациентите активни в здравеопазването със съдействието на Сдружение „Диабет” - Силистра, показва, че системата на НЗОК често наказва хората, които се стремят към по-добър контрол и демотивира самите специалисти да прилагат съвременна медицина: 1. Изискванията за получаване на сензор оставят извън обхват хиляди хора с по-добър контрол. Например, при диабет тип 1 сензори за измерване на кръвна захар се отпускат само ако гликираният хемоглобин HbA1c е над 8 /осем/ единици, тоест при лош контрол. В същото време пациенти с резултат под 8 /осем/ единици не могат да получат тази технология, въпреки че тя би им помогнала да поддържат стабилно състояние. 2. При пациенти със ЗДТ2 ситуацията е още по-неравнопоставена, НЗОК не покрива сензори, а много от новите медикаменти не могат да се изписват само докато показателите на пациента не надвишат гликиран химоглобин HbA1c над 8 /осем/ единици. В момента, който човек подобри състоянието си, губи правото си на терапия по каса и започва да доплаща между 70 и 90 лева месечно. 3. Невъзможност пациентите да достигат навременно до невролог, офталмолог и ендокринолог, тъй като ОПЛ не им предоставят направления за консултация.	Не се приема.	С проекта е предложена промяна в стойността на гликирания хемоглобин -≥7,5%, при която пациентите с неинсулинозависим захарен диабет, диспансеризирани от общопрактикуващ лекар да могат да се консултират с ендокринолог. Промяната е съгласно становище на Дружеството по ендокринология.

	Пациенти със ЗДТ2 споделят, че едва в редки случаи, когато имат гликиран хемоглобин над 8 единици им се предоставя направление. 4. С оглед разширяване на достъпа на пациентите със ЗДТ2 до специализирана консултация и до съвременни терапевтични решения, се обръщаме към Вас с молба за промяна в Приложение №8, както следва: „Консултация с ендокринолог един път годишно при HbA1c > 7%, в останалите случаи по преценка на ОПЛ.“ Ние, като пациентска организация защитаваща правата на пациентите и предоставяща подкрепа, молим да бъдат преразгледани и актуализирани Приложение № 8 „Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от ОПЛ” към Наредба № 9 „За определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса” поради гореизложените идентифицирани проблеми и предизвикателства. Надяваме се молбата ни да бъде удовлетворена.		Изменението е отразено в Приложение № 13.
8. № 61-00-101/21.11.25 г. в МЗ ЕС „Лъчелечение“ – д-р Захари Захариев	Във връзка с входящи номера МЗ - 61-00-101/19.08.2025 г. НЗОК - 23-00636/19.08.2025 г. и БЛС — 928/19.08.2025 г. относно входирано предложение за включване на нова високоефективна и безопасна онкологична терапия в обхвата на дейностите, заплащани от Националната здравноосигурителна каса – дълбока радиочестотна хипертермия и в качеството си на главен координатор на експертен съвет по медицинска специалност „Лъчелечение“, с настоящото моля за преразглеждане и включване на новата клинична процедура в пакета дейности по приложение № 8 към чл. 1 на Наредба № 9. Мотивите за това са следните: Дълбоката радиочестотна хипертермия представлява модерен терапевтичен метод, при който чрез радиочестотни вълни (най-често 13.56 МЮ) се индуцира локално повишаване на температурата в туморната тъкан до 41—43°C. Методът се прилага като адювантна терапия към химио- и/или лъчетерапия, като доказано повишава туморната чувствителност, намалява обема на тумора, като подпомага разрушаването на туморните клетки, подобрява проникването на цитостатици и ефекта от лъчелечение и подобрява преживяемостга и качеството на живот на пациента. След хирургичното лечение, химиотерапията и лъчетерапията, хипертермията се явява четвърти стълб в премахването на първични злокачествени тумори, както и на метастази. Технологията е широко използвана в ЕС, САЩ и Япония и е включена в редица международни препоръки (ESMO, DEGRO, NCCN). Предимството на хипертермията е, че тя може да подобри ефектите от химиотерапията и лъчетерапията и да намали техните странични ефекги. Клиничните проучвания са показали, че добавянето на хипертермия към тези	Не се приема.	Към момента няма инсталирана на територията на страната апаратура за приложение на радиочестотна насочена дълбока хипертермия и към настоящия момент хипертермия не се прилага на територията на България. Предложението би могло да бъде разисквано на следващ етап, при осигурени необходимите за дейността апаратура и обучени специалисти.

	терапии увеличава тяхната ефективност, без да причинява повече щети на нормалната тъкан. Клиничните показания са при: ✓ Солидни тумори (при рак на шийката на матката, рак на влагалището, рак на вулвата, рак на яйчниците, рак на ректума, рак на пикочния мехур (неинвазивен и инвазивен), сарком на меките тъкани, рак на простатата, рак на хранопровода, рак на панкреаса, педиатрични тумори и перитонеална карциноматоза); ✓ Локилно напреднали и/или метастатични стадии; Пациенти, нейодходящИ за оперативно лечение; ✓ В комбинация с химио- и/или •лъчетерапия. Клиничната процедура е от обхвата на медицинската специалност „Лъчелечение" и може да се изпълнява от всички лечебни заведения за болична помощ притежаващи необходимото ниво, структура, персонал и оборудване за извършване на пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите, включващи диагностика и лечение на болни с установени онкологични и онкохематологични заболявания. Към настоящия момент хипертермия не се прилага на територията на България и не е налична алтернатива на този тип лечение. Предвид, че към момента няма инсталирана на територията на страната апаратура за приложение на радиочестотна насочена дълбока хипертермия, за първата година индикативната бройка на пациентите, които биха могли да възползват от подобен тип съпътстваща терапия са 5 бр. Втората година очакваният брой пациенти би бил 100 бр., третата 130 бр, четвъртата 150 бр. и петата 200 бр. *Очаквания брой пациенти е изчислен въз основа на данни за отчетени дейности по КП 250 (250.1 и 2502) и кп 251 (251.1 и 251.2) Предложение за цена на клиничната процедура, съобразена и остойностена въз основа на необходимите за извършване медицински дейности - 6 500 лв./пациент. С оглед на гореизложеното считам, че включването на клинична процедура за приложение на радиочестотна насочена дълбока хипертермия чрез външна многолъчева система в пакета от дейности, заплащани от НЗОК, ще повиши ефективността на онкологичното лечение в България и ще допринесе за подобряване на преживяемостта при редица трудно лечими онкологични заболявания; намаляване на необходимостга от скъпоструващи медикаменти; по-бързо възстановяване и намаляване броя на хоспитализациите; по-добро качество на живот на пациентите. Оставам на разположение за представяне на допълнителна информация, резултати от практическо прилагане и съдействие при подготовка на експертна оценка.		

	*Приложения: 1. Подробно клинично описание на процедурата, ведно с прогнозна икономическа оценка, включваща анализи риход-ефективност и разход-полза, и анализ на бюджетното въздействие; 2. Становище на д-р Захари Захариев, главен координатор на експертния съвет по медицинсакта специалност „Лъчелечение“; 3. Експертно становище от Гилдия на лъчетерапевтите в България - член на „Българска асоциация по радиология 4. Държави, в които технологията се заплаща от здравни системи и фондове в ЕС – Нидерландия, „вейцария, Площа, Германия (HT reimurshment EU; Stutz_OncoSuisse_Hiperthermia_2022) 5. Клинични проучвания и клинична оценка за действието на апаратурата с цел подобряване лечението на пациенти, третирани с нея (EmA 2024_Barbara_Salas_rectal Cancer_v0(1) EmA 2024_NMIBC) 6. Експертно становище по медицинска специалност „Лъчелечение.  61-00-101 Лъчелечение.pdf		
9. вх. № 61-00-102/21.11.25 г. в МЗ Проф. Николай Младенов – гл. координатор на ЕС „Анестезиология и интензивно лечение“	Относно: Входирано предложение за включване на Клинична процедура: Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с вено-венозна екстракорпорална мембранна оксигенация в пакета по приложение № 8 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г., и посочени съответно в № 19 „Клинични процедури” на НРД за медицинските дейности за 2026 - 2028 г., гарантиран от бюджета на НЗОК. Във връзка с входящи номера МЗ - 61-00-102/19.08.2025 г., НЗОК - 23-00617/19.08.2025 г. и БЛС — 927/19.08.2025 г. относно входирано предложение за включване на нова клинична процедура за поддържане на живота в условията на полиорганна недостатъчност в обхвата на дейностите, заплащани и гарантирани от бюджета на Национална здравноосигурителна каса и в качеството си на представител на Експертен съвет по медицинската специатност „Анестезиология и интензивно лечение“, с настоящото моля за преразглеждане и включване на новата клинична процедура в пакета дейности по приложение № 8 към чл. 1 на Наредба № 9. 1. Обосновка: ЕКМО технологията е най-съвременната форма на система за поддържане на живота в условията на полиорганна недостатъчност. Лечението със екстракорпорална мембранна оксигенация (ЕКМО) се използва при животозастрашаващи състояния, при които определени органи-бял дроб и/или	Не се приема.	Екстракорпорална та мембранна оксигенация /ЕКМО/, като метод на интензивно лечение и интензивни грижи се прилага в Отделения по анестезиология, реанимация и интензивно лечение. Дейностите свързани с интензивно лечение, мониторинг и

	сърце не могат да осигурят адекватна оксигенация и перфузия, въпреки прилагането на конвенционално лечение, като механична вентилация, вазопресори и инхалаторни терапии. ЕКМО предоставя лечебно решение и покрива непокрити терапевтични възможности, които досегашните медикаментозни и апаратни терапии не могат да осигурят при сърдечна и дихателна недостатъчност, настъпила в следствие на тежки увреждания на организма, в това число тежки травми, инфекциозни заболявания, токсични нокси. Приложението на ЕКМО в условията на поливалентните интензивни отделения лечение на пострадали от травми, кардиогенен шок, септичен шок и инфекции е съвременната роля на тази технология. Тя е одобрена от американската агенция за контрол над храните и лекарствата на 7-ми Април 2020 г. По своята същност технологията позволява изземването на функциите на белия дроб и сърцето. По този начин животът на пациентите може да бъде поддържан в продължение на седмици, дори при пълно спиране на функциите на белия дроб и отслабване на сърцето. 2. Заболявания, диагнози и клинични състояния, при които се прилага ЕКМО: • Тежка дихателна недостатъчност (вено-венозна ЕКМО): • Усложнен ARDS (остър респираторен дистрес синдром), неповлияващ се от оптимална вентилация, позициониране и PEEP • Усложнена пневмония (вкл. COVID-19 и други вирусни, бактериални и гъбични причинители), с рефрактерна хипоксемия • Бронхиолит при деца, тежка астма с фатално протичане • Инхалационни травми или наранявания на белия дроб • Сърдечна недостатъчност (вено-артериална ЕКМО): • Остър миокарден инфаркт с кардиогенен шок • Остър миокардит (вкл. вирусен), с тежка левокамерна дисфункция • Състояния след приложена сърдечна хирургия • Белодробна емболия с масивна обструкция и хемодинамична нестабилност • Сърдечен арест с CPR без ROSC (ECPR), особено ако е под 60 мин. ЕКМО се използва : • За възстановяване след тежки състояния, като миокардит, ARDS • Преди трансплантация (сърце/бял дроб) • При дългосрочно механично подпомагане, например вентрикуларно устройство VAD • Реанимационно средство при ECPR 3. Предлагано финансиране: • Средна стойност на една процедура: 200 лв/ден на пациент, като стойността на консуматива е извън стойността на клиничната процедура; • Средна продължителност на болничния престой: 14 дни;		интензивни грижи с/без механична вентилация и/или парентерално хранене са включени в обхвата на наредбата. ЕКМО е включена в диагностично-лечебните дейности по клинични пътеки, извършвани при кардиохирургични интервенции и лечение на остра белодробна недостатъчност. Изделията за ЕКМО се заплащат от НЗОК извън цената на клиничните пътеки.

	• Среден брой пациенти/годишно: 30. *Приложени са анализ разход-ефективност, анализ разход-полза и анализ на бюджетното въздействие. Приложения: 1. Подробно клинично описание на процедурата; 2. Становище от главен координатор на Експертен съвет по Анестезиология и интензивно лечение към Министъра на здравеопазването; 3. Становище от Национален лекарски борд по Анестезиология и интензивно лечение; 4. Данни от международни насоки и клинични проучвания; 5. Описание на лечебни заведения, притежаващи необходимото ниво, структура и персонал за извършване на дейноспа с необходимата апаратура; 6. Прогнозна икономическа оценка/бюджетно въздействие. 61-00-102 ЕС Анестезиология.pdf		
10. вх. № 61-00-103/21.11.25 г. в МЗ Проф. Димитър Петков, член на ЕС по медицинската специалност „Кардиохирургия“	ОТНОСНО: Входирано предложение за включване на Клинична процедура: Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с вено-артериална екстракорпорална мембранна оксигенация в пакета по приложение № 8 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г., и посочени съответно в № 19 „Клинични процедури” на НРД за медицинските дейности за 2026 - 2028 г., гарантиран от бюджета на НЗОК. Във връзка с входящи номера МЗ — 61-00-103/19.08.2025 г.. НЗОК — 23-00678/19.08.2025 г. и БЛС — 926/19.08.2025 г. относно входирано предложение за включване на нова клинична процедура за поддържане на живота в условията на полиорганна недостатъчност в обхвата на дейностите, заплащани и гарантирани от бюджета на Национална здравноосигурителна каса и в качеството си на представител на ЕКСПЕРТЕН СЪВЕТ ПО МЕДИЦИНСКАТА СПЕЦИАЛНОСТ КАРДИОХИРУРГИЯ“, с настоящото моля за преразглеждане и включване на новата клинична процедура в пакета дейности по приложение № 8 към чл. на Наредба № 9. 1. Обосновка: Екстракорпоралната мембранна оксигенация (ЕКМО) представлява съвременна и високотехнологична форма на поддържане на жизнените функции при пациенти с полиорганна недостатъчност. Тази терапия се налага в случаите на животозастрашаващи състояния, при които дихателната и/или сърдечната функция не могат да бъдат адекватно поддържани чрез конвенционални методи, включително механична вентилация, вазопресорна терапия и инхалаторни	Не се приема.	Екстракорпоралната мембранна оксигенация /ЕКМО/, като метод на интензивно лечение и интензивни грижи се прилага в Отделения по анестезиология, реанимация и интензивно лечение. Дейностите свързани с интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с/без механична

	медикаменти, въпреки прилагането на максимални лечебни усилия. Чрез ЕКМО се осъществява механично заместване на функциите на сърцето и белия дроб, което позволява преодоляване на ограничената ефективност на традиционните медикаментозни и апаратни интервенции при тежки увреждания на организма, включително тежки травми, инфекциозни заболявания и токсични ноксуси. Приложението на ЕКМО в условията на поливалентни интензивни отделения е ключова съвременна терапевтична стратегия при лечение на пострадали от травми, кардиогенен шок, септичен шок и тежки инфекциозни състояния. По същество, ЕКМО позволява изземването на функциите на белите дробове и сърцето, като по този начин поддържа жизнените показатели и позволява продължително животоспасяващо лечение дори при пълна неспособност на органите за самостоятелна функция. 2. Заболявания, диагнози и клинични състояния, при които се прилага ЕКМО: • Тежка дихателна недостатъчност (вено-венозна ЕКМО): • Усложнен ARDS (остър респираторен дистрес синдром), неповлияващ се от оптимална вентилация, позициониране и PEEP • Усложнена пневмония (вкл. COVID-19 и други вирусни, бактериални и гъбични причинители), с рефрактерна хипоксемия • Бронхиолит при деца, тежка астма с фатално протичане • Инхалационни травми или наранявания на белия дроб • Сърдечна недостатъчност (вено-артериална ЕКМО): • Остър миокарден инфаркт с кардиогенен шок • Остър миокардит (вкл. вирусен), с тежка левокамерна дисфункция • Състояния след приложена сърдечна хирургия • Белодробна емболия с масивна обструкция и хемодинамична нестабилност • Сърдечен арест с CPR без ROSC (ECPR), особено ако е под 60 мин ЕКМО се използва : • За възстановяване след тежки състояния, като миокардит, ARDS • Преди трансплантация (сърце/бял дроб) • При дългосрочно механично подпомагане, например вентрикуларно устройство — VAD • Реанимационно средство при ECPR 3. Предлагано финансиране: • Средна стойност на една процедура: 200 лв./ден на пациент, като стойността на консуматива е извън стойностга на клиничната процедура; • Средна продължителност на болничния престой: 14 дни; • Среден брой пациенти/годишно: 30.		вентилация и/или парентерално хранене са включени в обхвата на наредбата. ЕКМО е включена в диагностично-лечебните дейности по клинични пътеки, извършвани при кардиохирургични интервенции и лечение на остра белодробна недостатъчност. Изделията за ЕКМО се заплащат от НЗОК извън цената на клиничните пътеки.

	*Приложени са анализ разход-ефективност, анализ разход-полза и анализ на бюджетното въздействие. Приложения: 1. Подробно клинично описание на процедурата; 2. Становище от Експертен съвет по Кардиохирургия към министъра на здравеопазването (д-р Стоян Лазаров и проф. Димитър Петков) 3. Становище от Национален лекарски борд по Кардиохирургия към БЛС; 4. Данни от международни насоки и клинични проучвания; 5. Описание на лечебни заведения, притежаващи необходимото ниво, структура и персонал за извършване на дейностга с необходимата апаратура; 6. Прогнозна икономическа оценка/бюджетно въздействие.  61-00-103 Кардиохирургия.pdf		
11. вх. № 61-00-132/21.11.25 г. в МЗ Проф. д-р Савелина Поповска – член на ЕС по „Обща и клинична патология“	Относно: Входирано предложение за промяна в съществуваща Амбулаторна процедура .№ 44 — Амбулаторна процедура Диагностика на злокачествени заболявания на гърдата в пакета по приложение № 8 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г., и посочена съответно в № 18 „Амбулаторни процедури” на НРД за медицинските дейности за 2026 2028 г., гарантиран от бюджета на НЗОК. Във връзка с входящи номера: 1. МЗ – 61-00-132/03.10.2025 г. 2. НЗОК -23-00-765/03.10.2025 г. 3. БЛС - 1149/03.10.2025 г. касаещи входирано предложение за промяна в съществуваща Амбулаторна процедура **№ 44 — Амбулаторна процедура Диагностика на злокачествени заболявания на гърдата** във връзка с обхвата на дейностите, заплащани от Националната здравноосигурителна каса, и публикувана за обществено обсъждане Наредба № 9 от 2019г., на страницата на Министерство на здравеопазването, в качеството си на Главен координатор на експертен съвет по медицинска специалност, с настоящото моля за преразглеждане и включване на разширената Амбулаторна процедура в пакета дейности по приложение № 8 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г., и посочена съответно в № 18 „Амбулаторни процедури” Мотивите за това са следните: В качеството си на член на експертен съвет по медицинската специалност ”Обща и клинична патология“, с настоящото внасям предложение за изменение и включване на нов диагностичен тест - субтипизиране на злокачествените заболявания на гърдата чрез количествен PCR в реално време (RT-qPCR) в съществуваща	Не се приема.	Наредбата създава възможност за извършване на специфични изследвания при пациенти с онкологични заболявания, вкл. злокачествени заболявания на гърдата, и секвенииране от следващо поколение при пациенти с новодиагностицира ни онкологични заболявания.

	Амбулаторна процедура № 44 Диагностика на злокачествени заболявания на гърдата, заплащана и гарантирана от бюджета на Национална здравноосигурителна каса. 1. Обосновка: Ракът на гърдата е най-широко разпространеното злокачествено заболяване сред жените, като е на второ място като причина за смъртност при тях. През 2022 г. ракът на гърдата е представлявал 10,8% (3558) от всички нови случаи на рак и 23,3% от всички новооткрити злокачествени диагнози при жените в България. Едногодишната преживяемост е вылизала на 2998 случая (26,4%), а петгодишната – на 13 674 случая (30,0%). България е с най-ниски нива на обхват от скрининг за рак на гърдата сред всички страни в Европейския съюз. Ежегодно се диагностицират между З 500 и 5500 нови случая рак на гърдата. Според статистически данни броя нови случаи на рак на гърда се увеличава с 1,7—3,5% годишно. Количественият PCR в реално време (RT-qPCR) за субтипизиране на злокачествените заболявания на гърдата представлява молекулярен диагностичен тест за количествено определяне на четирите ключови биомаркера, използвани при субтипирането на рака на гърдата. Въпреки че имунохистохимичната диагностика представлява златен стандарт, RT-qPCR технологията има по-голяма точност в сравнение с нея. Новата технология предлага прецизна молекулярна класификация на злокачествените заболявания на гърдата, като по този начин се постигат редица ползи за пациента, а именно: 1. Персонализирано лечение; 2. Намален риск от неправилно лечение; 3. Подобрение на прогнозата и качеството на живот. Чрез внедряването на новата технология могат да бъдат постигнати и значителни икономически спестявания за държавата, тъй като ще се постигне по-ефективно използване на ресурсите и ще бъде намален разходът за неефективна терапия. Количественият PCR в реално време (RT-qPCR) за субтипизиране на злокачествените заболявания на гърдата може лесно да бъде внедрен в лабораторните процеси, като би намалил вариациите между лабораториите и би намалил субективностга, благодарение на стандартизираната си методика. Технологията разполага с CE маркировка и хармонизирани стандарти. 2. Основни състояния, при които се прилага: Количественият PCR в реално време за субтипизиране на рака на гърдата представлява молекулярен диагностичен тест за количествено определяне на четирите ключови биомаркера (НЕЮ, Ю-67, ER, PR) едновременно, използвани при субтипирането на рака на гърдата. Целевата популация за приложението на теста включва жени, диагностицирани с инвазивен рак на гърдата, при които е		

	необходимо молекулярно субтипиране за подпомагане на терапевтичните решения — по-специално при пациентки с Екпозитивен луминален А- или В-подобен подтип, за да се установи необходимостга от химиотерапия. 3. Предлагано финансиране: Не се предлага промяна в цената на сега съществуващата Амбулаторна процедура. Допълнително е приложен анализ разход-ефективност и анализ на бюджетното выдействие. Цената на консумативите са извън стойността на амбулаторната процедура. Прогнозно количество пациенти за период от една година между З 500 - 5 500 Убедена съм, че включването на субтипизирането на злокачествените заболявания на гърдата чрез количествен PCR в реално време в пакета от дейности, заплащани от НЗОК, ще повиши ефективностга на конвенционалното лечение в България и ще осигури равен достъп до съвременна и животоспасяваща терапия за всички пациенти. Достъпът на пациентите с рак на гърдата до най-прецизната и съвременна диагностика е важна стъпка в развитието на здравеопазването в страната. Добавянето на субтипизирането на злокачествените заболявания на рака на гърдата чрез количествен РСК в реално време ще помогне за ползването в практиката на иновативна технология и по-доброто лечение на пациенти с рак на гърдата. С оглед на гореизложеното считам, че включването на методика за количествено измерване на mRNA по метода qPCR едновременно на 4 биомаркера — HER2, Ki-67, ER, PR в АПР № 44 в пакета от дейности, заплащани от НЗОК, предложената промяна не изисква промяна на цената на АПР № 44, но ще повиши ефективностга на диагностика на онкологичните заболявания, съответно тяхното правилно лечение в България и ще допринесе за подобряване на преживяемостта при редица трудно лечими онкологични заболявания; намаляване на необходимостга от скъпоструващи медикаменти; по-бързо выстановяване и намаляване броя на хоспитализациите; по-добро качество на живот на пациентите. Оставам на разположение за представяне на допълнителна информация, резултати от практическо прилагане и съдействие при подготовка на експертна оценка. Приложения: 1. Експертно становище от Член на Експертен съвет по „Обща и клинична патология“ 2. Експертно становище от Председател на „Българска асоциация по патология“ 3. Количествен РСК в реално време (RT-qPCR) - клинични данни; 4. Здравно-икономическа оценка, включително анализи разходефективност и разход-полза, и анализ на бюджетното въздействие;		

	5. Амбулаторна процедура № 44 с предложена промяна; 61-00-132 Обща и клинична патология.p		
12. вх. № 09-00-198/26.11.25 г. в МЗ Доц. д-р Атанас Атанасов Председател на НСИ	С писмо № 74-01-11/06.11.2025 г. на заместник-министъра на здравеопазването в НСИ е получен за съгласуване проект на Наредба за изменение на Наредба № 42 от 2004 г. за въвеждане на класификационни статистически системи за кодиране на болестите и проблемите, свързани със здравето, и на медицинските процедури. Изменението се отнася до приложение № 1 към чл. 1, ал. 1, клас „Болести на пикочо-половата система (N00 – N99)“, блок „Бъбречна недостатъчност (N17 – N19)“, рубрика N18 „Хронична бъбречна недостатъчност“, в което се въвеждат отделни кодове за отчитане на различните стадии при хронично бъбречно заболяване. Със свое писмо (наш изх. № 07-04-1053#2/14.11.2025 г.) НСИ съгласува със забележка проекта на нормативен документ като предлага изменението да влезе в сила от 01.01.2027 година. Срокът за обществени консултации, становища и предложения по този проект е до 08.12.2025 година. Въвеждането и приложението на Международната статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето – 10-та ревизия (МКБ 10) е част от организацията и функционирането на националната здравна система, но тя се прилага и в документацията, съставяна от други държавни, общински и обществени органи и институции, включително и НСИ. Уверявам Ви, че НСИ отчита необходимостта от прецизиране на стадирането на хроничното бъбречно заболяване, което е от значение за терапевтичния подход и диспансерното наблюдение на тези пациенти. Същевременно обаче трябва да се гарантира, че всички участници в националната здравна система, както и другите държавни, общински и обществени органи и институции, които използват МКБ 10, ще имат възможност да предприемат всички необходими организационни, технически, финансови и други средства за прилагането на новата уредба. Във връзка с изложеното и като имам предвид функционалните задължения и отговорности на НСИ по събиране, обработка и разпространение на статистическите данни в областта на умиранията по причини **съгласувам със забележка** проекта на Наредба 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, с който се допълва Наредба № 42 от 2004 г. **със следните мотиви:** 1. Качеството на статистическите данни зависи в изключително голяма степен от информацията, вписана от лекарите, в съответните документи.	Приема се.	Отразено в проекта на Наредба. Диагностично-лечебните дейности, свързани с прецизиране на стадирането на хронично бъбречно заболяване, ще се осъществяват от 1.01.2027 г. В Наредбата са нанесени промени съобразно предложението по т. 34.

	Поставя се въпроса доколко краткия срок за внедряване в практиката на проекта за изменение на Наредбата ще бъде достатъчен за информиране и при необходимост обучение на медицинските специалисти за правилото сертифициране с оглед създаване на възможност за коректно отчитане на отделните стадии при хронично бъбречно заболяване. 2. Кодирането на причините за смърт се извършва от лекари, работещи в Регионалните здравни инспекции, специално обучени за прилагане изискванията на МКБ 10 ревизия и на основание Методически указания към Наредба №42 от 08.12.2004 г. на Министерство на здравеопазването. Въвеждането на нови кодове в Класификацията следва да бъде съпроводено с изготвянето на указания по отношение кодирането на първоначалната причина за смърт в съответствие с изискванията на СЗО. 3. За статистическата обработка, производство и разпространение на информацията за умиранията по причини е необходима актуализация на информационните системи, в частност ИС Демография на НСИ. Актуализацията трябва да бъде осигурена с необходимите финансови, технически и човешките ресурси. 4. Изследването „Умирания по причини и смъртност по причини“ е с годишна периодичност, като събирането и обработката на данните се извършва непрекъснато. С оглед производството на качествена статистическа информация, въвеждането на измененията на МКБ 10 трябва да влязат в сила от началото на календарната година и не по-рано от 1 януари 2027 година. Във връзка с изложеното **изразявам забележка по отношение на следните текстове** в проекта на Наредба 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, с който се допълва Наредба № 42 от 2004 г. за въвеждане на класификационни статистически системи за кодиране на болестите и проблемите, свързани със здравето, и на медицинските процедури: **§ 5. точка 4.** на предложения проект *„В Клинична пътека № 88 „Диагностика и лечение на хронична бъбречна недостатъчност“, в т. 1.1 кодовете „N18.0, N18.8, N18.9“ се заменят с „N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N 18.9““*. **§ 8.** От Заключителните разпоредби „В Наредба 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (обн., ДВ, бр. 92 и 93 от 2016 г.; изм. и доп., бр. 27 от 2018 г.; изм. с Решение № 3549 на Върховния административен съд от 2018 г. – бр. 29 от 2018 г.; изм. и доп., бр. 2 от 2019 г., бр. 39 от 2021 г., бр. 48 и 103 от 2022 г., бр. 3 от 2024 г. и бр. 15 от 2025 г.) се правят следните изменения и допълнения:		

Т. 2. В Приложение № 8 към чл. 20, ал. 1 „Списък на заболяванията, при които децата подлежат на диспансеризация“:

б) ред

”

Хронична бъбречна недостатъчност	N18.0	Терминален стадий на бъбречна болест
	N18.8	Други прояви на хронична бъбречна недостатъчност
	N18.9	Хронична бъбречна недостатъчност, неуточнена

“

се изменя така:

”

Хронично бъбречно заболяване	N18.1	Хронично бъбречно заболяване, стадий 1
	N18.2	Хронично бъбречно заболяване, стадий 2
	N18.3	Хронично бъбречно заболяване, стадий 3
	N18.4	Хронично бъбречно заболяване, стадий 4
	N18.5	Хронично бъбречно заболяване, стадий 5
	N18.9	Хронична бъбречна болест, неуточнена

“

“

Т.3. В Приложение № 9 към чл. 20, ал. 2 „ 1 „Списък на заболяванията при деца, за които Националната здравноосигурителна каса заплаща дейностите по диспансеризация“:

б) ред

”

Хронична бъбречна недостатъчност	N18.8	Други прояви на хронична бъбречна недостатъчност
	N18.9	Хронична бъбречна недостатъчност, неуточнена

“

се изменя така:

”

Хронично бъбречно заболяване	N18.1	Хронично бъбречно заболяване, стадий 1
	N18.2	Хронично бъбречно заболяване, стадий 2
	N18.3	Хронично бъбречно заболяване, стадий 3
	N18.4	Хронично бъбречно заболяване, стадий 4
	N18.5	Хронично бъбречно заболяване, стадий 5
	N18.9	Хронична бъбречна болест, неуточнена

“

Т.4. В Приложение № 10 към чл. 21, ал. 1 „Списък на заболяванията, при които лицата над 18 години подлежат на диспансеризация“:

в) ред

”

Хронична бъбречна недостатъчност	N18.0	Терминален стадий на бъбречна болест
	N18.8	Други прояви на хронична бъбречна недостатъчност
	N18.9	Хронична бъбречна недостатъчност, неуточнена

“се изменя така:

”

Хронично бъбречно заболяване	N18.1	Хронично бъбречно заболяване, стадий 1
	N18.2	Хронично бъбречно заболяване, стадий 2
	N18.3	Хронично бъбречно заболяване, стадий 3

N18.4	Хронично бъбречно заболяване, стадий 4
N18.5	Хронично бъбречно заболяване, стадий 5
N18.9	Хронична бъбречна болест, неуточнена

.

Т. 6. В Приложение № 12 към чл. 22, ал. 1 „Вид и периодичност на дейности по диспансеризация при деца“, ред

„

N18	N18.8 G63.8, N18.8 I32.8	Детска нефрология и хемодиализа или нефрология	До навършване на 18-годишна възраст	Преглед и оценка на общ клиничен статус с насоченост към сърдечно-съдовата система, артериално налягане, телесното тегло и ехография на органите на отделителната система	До 2 пъти	6 месеца	1. Кръвна картина – поне осем показателя 2. Натрий и калий 3. Креатинин 4. Билирубин – общ 5. Желязо 6. Калций 7. Фосфати 8. Пикочна	1. 12 месеца 2. 12 месеца 3. 12 месеца 4. 12 месеца 5. 6 месеца 6. 6 месеца 7. 6 месеца 8. 6 месеца	Очни болести – очни дъна; кардиолог (ЕКГ – 12 месеца)	6 месеца

								киселина				
		N18.9	Детска нефрология и хемодиализа или нефрология	До навършване на 18-годишна възраст	Преглед и оценка на общ клиничен статус с насоченост към сърдечно-съдовата система, артериално налягане, телесното тегло и ехография на органите на отделителната система	До 2 пъти	6 месеца	1. Кръвна картина – поне осем показателя, натрий и калий – комплексно, креатинин, билирубин – общ, калций, фосфат и 2. Пикочна киселина	1. 12 месеца 2. 6 месеца	1. Очни болести – очни дъна 2. Кардиология или детска кардиология с ЕКГ	1. и 2. – 6 месеца
						При скорост на гломерулна филтрация под 60 ml (min)/ 1,73 m^2 – до 4 пъти	3 месеца		1. и 2. – 3 месеца		1. 3 месеца 2. 6 месеца

“

се изменя така:

”

N18	N18.1 N18.2 N18.3 N18.4 N18.5	Детска нефрология и хемодиализа или нефрология	До навършване на 18-годишна възраст	Преглед и оценка на общ клиничен статус с насоченост към сърдечно-	До 2 пъти	6 месеца	1. Кръвна картина – поне осем показателя	1. 12 месеца 2. 12 месеца	Очни болести – очни дъна; кардиолог (ЕКГ	6 месеца

						съдовата система, артериално налягане, телесното тегло и ехография на органите на отделителната система			2. Натрий и калий 3. Креатинин 4. Билирубин – общ 5. Желязо 6. Калций 7. Фосфати 8. Пикочна киселина	3. 12 месеца 4. 12 месеца 5. 6 месеца 6. 6 месеца 7. 6 месеца 8. 6 месеца	– 12 месеца)			
			N18.9	Детска нефрология и хемодиализа или нефрология	До навършване на 18-годишна възраст	Преглед и оценка на общ клиничен статус с насоченост към сърдечно-съдовата система, артериално налягане, телесното тегло и ехография на органите на отделител	До 2 пъти	6 месеца	1. Кръвна картина – пълен осем показателя, натрий и калий – комплексно, креатинин, билирубин – общ, калций, фосфати	1. 12 месеца 2. 6 месеца	1. Очни болести – очни дъна 2. Кардиология или детска кардиология с ЕКГ	1. и 2. – 6 месеца	
							При скорост на гломерулна филтрация под 60 ml (min)/ 1,73 m^2 – до 4 пъти	3 месеца		1. и 2. – 3 месеца		1. 3 месеца 2. 6 месеца		

				ната система			2. Пикочна киселина				

“

.

Т.7. В Приложение № 13 към чл. 22, ал. 1 „Вид и периодичност на дейности по диспансеризация при лица над 18 години“:

б) след ред

„

I80	I80.0	ОПЛ	До излекуване	Общ клиничен с локален статус	До 2 пъти При оперирани до 3 пъти през първата година след операцията След първата година до 2 пъти	При оперирани – първата година след операцията – 4 месеца; след първата година 6 месеца; при неоперирани 6 месеца	Фибриноген Протромбиново време с INR – само при провеждане на антикоагулантно лечение с индиректни антикоагуланти	12 месеца	Съдова хирургия/ангиология или хирургия	24 месеца

“

се създава ред

„

N18	N18.1 N18.2 N18.3	ОПЛ	До края на живота или до прогре	Преглед и оценка на общ клиниче	До 4 пъти	3 месеца	1. eGFR 2. албумин - креатини	1 път годишно при стойност	нефрология	веднъж годишно при стойности на

				сиране до стадий 4 на ХБЗ	н статус с насоченост към сърдечно-съдовата система, артериално наляган е, телесно тегло, ехография на органите на отделителната система – 12 месеца			ново отношение в урината (uACR) 3. калий	и на eGFR≥45; 2 пъти годишно при стойности на eGFR 30-45 mL/min и/или и/или UACR≤229 mg/g; 3 пъти годишно при стойности на eGFR 30-45 mL/min и ACR>300 mg/g		eGFR 30-45 mL/min и/или и/или UACR≤229 mg/g; 2 пъти годишно при стойности на eGFR 30-45 mL/min и ACR>300 mg/g			

“

.

г) ред

„

N18	N18.0 N18.8 N18.9	Нефрология	До края на живота	Общ клиничен статус с насоченост към сърдечно-съдовата система, АН, телесното	До 4 пъти	ХБН I степен – 3 месеца	1. Кръвна картина – поне осем показателя 2. Химично изследване на урина с течни реактиви	1. 6 месеца 2. 6 месеца 3. 12 месеца 4. 6 месеца	

					тегло; ехография на органите на отделителната система – 12 месеца			(белтък, билирубин, уробилиноген) 3. Пикочна киселина 4. Креатинин 5. Калий	5. 6 месеца		
							ХБН II степен – 3 месеца	1. Кръвна картина – поне осем показателя 2. Химично изследване на урина с течни реактиви (белтък, билирубин, уробилиноген) 3. Урея 4. Калций 5. Креатинин 6. Калий 7. Желязо 8. Фосфати 9. Пикочна киселина	1. 3 месеца 2. 3 месеца 3. 3 месеца 4. 3 месеца 5. 3 месеца 6. 3 месеца 7. 3 месеца 8. 3 месеца 9. 12 месеца		
							ХБН III степен – 3 месеца	. Кръвна картина – поне осем показателя 2. Химично изследване на урина с течни реактиви (белтък, билирубин, уробилиноген) 3. Урея	1. 3 месеца 2. 3 месеца 3. 3 месеца 4. 3 месеца 5. 3 месеца 6. 3 месеца		

								4. Калций 5. Креатинин 6. Калий 7. Желязо 8. Фосфати 9. Пикочна киселина 10. Серологични изследвания за маркери на хепатитни вируси В и С с имунологичен метод	7. 3 месеца 8. 3 месеца 9. 12 месеца 10. До положителен резултат за срока на диспансерно наблюдение, но еднократно за календарната година		

“

се изменя така:

”

N18	N18.4 N18.5 N18.9	Нефрология	До края на живота	Общ клиничен статус с насоченост към сърдечно-съдовата система, АН, телесното тегло; ехография на органите на отделителната система – 12 месеца	До 4 пъти	ХБН I степен – 3 месеца	1. Кръвна картина – поне осем показателя 2. Химично изследване на урина с течни реактиви (белтък, билирубин, уробилино	1. 6 месеца 2. 6 месеца 3. 12 месеца 4. 6 месеца 5. 6 месеца

								ген) 3. Пикочна киселина 4. eGFR ги uACR 5. Калий				
							ХБН II степен – 3 месеца	1. Кръвна картина – поне осем показателя 2. Химично изследване на урина с течни реактиви (белтък, билирубин, уробилиноген) 3. Урея 4. Калций 5. eGFR ги uACR 6. Калий 7. Желязо 8. Фосфати 9. Пикочна киселина	1. 3 месеца 2. 3 месеца 3. 3 месеца 4. 3 месеца 5. 3 месеца 6. 3 месеца 7. 3 месеца 8. 3 месеца 9. 12 месеца			
							ХБН III степен – 3 месеца	1. Кръвна картина – поне осем показателя 2. Химично изследване	1. 3 месеца 2. 3 месеца 3. 3 месеца 4. 3 месеца 5. 3 месеца 6. 3 месеца 7. 3 месеца			

									на урина с течни реактиви (белтък, билирубин, уробилиноген) 3. Урея 4. Калций 5. eGFR ги uACR 6. Калий 7. Желязо 8. Фосфати 9. Пикочна киселина 10. Серологични изследвания за маркери на хепатитни вируси В и С с имунологичен метод	8. 3 месеца 9. 12 месеца 10. До положителен резултат за срока на диспансерно наблюдение, но еднократно за календарната година		

“

.

Уверявам Ви, че НСИ ще продължи активното сътрудничество с МЗ и НЦОЗА по всички въпроси, изискващи координация на национално ниво. Надявам се ползотворното ни сътрудничество да продължи и в бъдеще.

13. вх. № 09-00-249/26.11.25 г. в МЗ НЗОК	Във връзка с проект на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, публикуван на официалната страница на Министерство на здравеопазването, изразяваме следното становище: Подкрепяме следните промени в проекта за Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (Наредбата): Разписаните текстове и нови дейности в Приложение №1 към чл. 1 „Първична извънболнична медицинска помощ“ и Приложение № 2 към чл. 1 „Специализирана извънболнична медицинска помощ“. След влизане в сила на Наредбата същите ще бъдат включени в Националния рамков договор за медицинските дейности 2026-2028 г., по реда на чл.53 и чл.54 от Закона за здравното осигуряване. По отношение на измененията и допълненията в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията не възразяваме срещу предложените промени. Определянето на цени за новите дейностите ще бъдат обсъдени в преговорния процес по сключването на Национален рамков договор за медицински дейности. Допълнения в съществуващите амбулаторни процедури (АПр) 1. В Амбулаторна процедура № 42 „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация на пациенти с възпалителни полиартропатии и спондилопатии“ в т. 1.1 след код „M05.8“ се добавя „M06.0, M06.1“. „M05.88“ се добавят кодове „M06.00, M06.01, M06.02, M06.03, M06.04, M06.05, M06.06, M06.07, M06.08, M06.09, M06.10, M06.11, M06.12, M06.13, M06.14, M06.15, M06.16, M06.17, M06.18 и M06.19. Основанието е, че кодове M05.8, M06.0 и M06.1 са непълни кодове и според указанията за кодиране на диагнози в МКБ-10 не могат да се използват, защото трябва да се посочи локализацията като пета цифра. За справка на следния линк: https://ncpha.government.bg/index/301-mkb-10-mejdunarodna-statisticheska-klasifikacia-na-bolestite-i-problemite-svurzani-sus-zdraveto.html Създаване на нови АПр и включването им в наредбата. 1. АПр № 51 „Радионуклидна терапия с тераностични радиофармацевтици при невроендокринни тумори“. 2. АПр № 52 „Радионуклидна терапия с тераностични радиофармацевтици при простатен карцином“. Създаване на нови клинични КПр и включването им в наредбата. 1. КПр № 8 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене при деца“. 2. КПр № № 9 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене при деца“.	Приема се.	Отразено в проекта на Наредба**.**

	Създаването на нови клинични пътеки (КП) и включването им в наредбата. 1. КП № 269 „Транзиторна исхемична атака“. 2. КП № 270 „Лечение на инфекции на пикочо-половата система“. 1.1 Клиничната пътека включва диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги, предоставяни на задължително здравноосигурени лица със заболявания по МКБ10: N10, N11.0, N11.1, N11.8, N11.9, N13.6, N15.1, A18.1†, ~~N30,~~ N30.0, N30.1, N30.2, N30.3, N30.4, N30.8, N30.9, N33.0*, O23.1, ~~N34~~, N34.0, N34.1, N34.2, N34.3, A54.0, A56.0, N37.0*, N39.0, ~~N41~~, N41.0, N41.1, N41.2, N41.3, N41.8, N41.9, A59.0, N51.0*, N45, N45.0, N45.9, B26.0*, N51.1*, A60.0, N48.1, N48.2, N48.6, N49.2, ~~N49, N48.2,~~ N49.0, N49.1,N49.2, N49.8, N49.9. Основанието е, че код A18.1 в МКБ10 има знак „†“ и съгласно правилото за двойно кодиране трябва задължително да бъде придружен от знак „*“. Кодове N34, N41, N49 са непълни кодове и не могат да се използват за кодиране на диагнози. Код B26.0 е отбелязан със знак „*“, но в МКБ е със знак „†“. След изчистване на грешните кодове, следва да бъдат изписани по следния начин: N10, N11.0, N11.1, N11.8, N11.9, N13.6, N15.1, A18.1†, N30.0, N30.1, N30.2, N30.3, N30.4, N30.8, N30.9, N33.0*, O23.1, N34.0, N34.1, N34.2, N34.3, A54.0, A56.0, N37.0*, N39.0, N41.0, N41.1, N41.2, N41.3, N41.8, N41.9, A59.0, N51.0*, N45, N45.0, N45.9, B26.0†, N51.1*, A60.0, N48.1, N48.2, N48.6, N49.2, N49.0, N49.1,N49.2, N49.8, N49.9. Промени, заличаване и допълнения в кодовете на диагнози по МКБ 10, медицински процедури по КСМП, промени в индикациите и допълнения в диагностично-лечебния алгоритъм (ДЛА). 1. В КП № 41 „Диагностика и лечение на бронхопневмония в детска възраст“, в т. 1.3.2 накрая се поставя запетая и се добавя код „96203-02 Перорално прилагане на фармакологичен агент - противоифекциозен агент“. 2. В Клинична пътека № 90 „Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания“: а) в т. 1.1 след код „M05.88“ ~~се добавя „M06.0, M06.1“~~ се добавят кодове „M06.00, M06.01, M06.02, M06.03, M06.04, M06.05, M06.06, M06.07, M06.08, M06.09, M06.10, M06.11, M06.12, M06.13, M06.14, M06.15, M06.16, M06.17, M06.18 и M06.19. Основанието е, че кодове M06.0 и M06.1 са непълни кодове и според указанията за кодиране на диагнози в МКБ-10 не могат да се използват, защото трябва да се посочи локализацията като пета цифра. За справка на следния линк: https://ncpha.government.bg/index/301-mkb-10-mejdunarodna-statisticheska-klasifikacia-nabolestite-i-problemite-svurzani-sus-zdraveto.html		

	Освен това кодове M06.00, M06.01, M06.02, M06.03, M06.04, M06.05, M06.06, M06.07, M06.08, M06.09, M06.10, M06.11, M06.12, M06.13, M06.14, M06.15, M06.16, M06.17, M06.18 и M06.19 ги има вече в алгоритъма на КП 90.1, а в КП 90.2 липсват само кодове M06.10, M06.11, M06.12, M06.13, M06.14, M06.15, M06.16, M06.17, M06.18 и M06.19. б) в т. 1.3.1 код „58106-00“ се добавя „58500-00“. ~~3.~~ В КП № 91 „Диагностика и лечение на дегенеративни и обменни ставни заболявания“, в т. 1.1 след код „M51.8“ ~~се добавя „M80.0, M80.1, M802, M80.3, M80.4, M80.5, M80.8, M80.9, M81.0, M81.1, M81.2, M81.3, M81.4, M81.5, M81.6, M81.8“~~ се добавят кодове „M80.00, M80.01, M80.02, M80.03, M80.04, M80.05, ~~M80.06, M80.07, M80.08, M80.09, M80.10, M80.11, M80.12, M80.13, M80.14, M80.15, M80.16, M80.17, M80.18, M80.19, M80.20, M80.21, M80.22, M80.23, M80.24, M80.25, M80.26, M80.27, M80.28, M80.29, M80.30, M80.31, M80.32, M80.33, M80.34, M80.35, M80.36, M80.37, M80.38, M80.39, M80.40, M80.41, M80.42, M80.43, M80.44, M80.45, M80.46, M80.47, M80.48, M80.49, M80.50, M80.51, M80.52, M80.53, M80.54, M80.55, M80.56, M80.57, M80.58, M80.59, M80.80, M80.81, M80.82, M80.83, M80.84, M80.85, M80.86, M80.87, M80.88, M80.89, M80.90, M80.91, M80.92, M80.93, M80.94, M80.95, M80.96, M80.97, M80.98, M80.99, M81.0,~~ M81.00, M81.01, M81.02, M81.03, M81.04, M81.05, M81.06, ~~M81.07~~, M81.08, ~~M81.09, M81.10, M81.11, M81.12, M81.13, M81.14, M81.15, M81.16, M81.17, M81.18, M81.19, M81.20, M81.21, M81.22, M81.23, M81.24, M81.25, M81.26, M81.27, M81.28, M81.29, M81.30, M81.31, M81.32, M81.33, M81.34, M81.35, M81.36, M81.37, M81.38, M81.39, M81.40, M81.41, M81.42, M81.43, M81.44, M81.45, M81.46, M81.47, M81.48,~~ ~~M81.49, M81.50, M81.51, M81.52, M81.53, M81.54, M81.55, M81.56, M81.57, M81.58, M81.59, M81.60, M81.61, M81.62, M81.63, M81.64, M81.65, M81.66, M81.67, M81.68, M81.69, M81.80, M81.81, M81.82, M81.83, M81.84, M81.85, M81.86, M81.87, M81.88, M81.89~~“ Основанието е, че кодове M80.0, M80.1, M802, M80.3, M80.4, M80.5, M80.8, M80.9, M81.0, M81.1, M81.2, M81.3, M81.4, M81.5, M81.6, M81.8 са непълни кодове и според указанията на МКБ-10 следва да се посочи локализацията като пета цифра. За справка на следния линк: https://ncpha.government.bg/index/301-mkb-10-mejdunarodna-statisticheska-klasifikacia-nabolestite-i-problemite-svurzani-sus-zdraveto.html; 4. В КП № 119 „Оперативни процедури при комплексни сърдечни малформации с много голям обем и сложност в условия на екстракорпорално кръвообращение“, в т. 1.3.1 след код „38456-11“ се добавя „38456-14“, а след код „38653- 00“ се добавя „38653-02“.		

5. В Клинична пътека № 120 „Лечение на полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция“, в т. 1.3.1 след код „38456-11“ се добавя „38456-14“, а след код „38653-01“ се добавя „38653-02“.
6. В КП № 136 „Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото с много голям обем и сложност“:

а) точка 1.2 се изменя така:

„1.2. Клиничната пътека включва дейности и услуги по т. 1.1 от обхвата на медицинската специалност „Ушно-носно-гърлени болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ушно-носно-гърлени болести“, от обхвата на медицинската специалност „Лицево-челюстна хирургия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Лицево-челюстна хирургия“ по отношение на оперативни процедури с кодове 39106-00; 42530-00; 4253001; 42539-00; 42539-01; 42545-00, 45797-02, 42533-00; 90110-00; 45656-01; 45660-00; 45661-00; 45656-00; 45638-00, 41737-09; 41746-00, 41716-06, 41716-00, 41737-02; 4173703; 41731-00; 41731-01, 41752-01; 41779-01; 41785-01; 41779-01; 30247-00; 30250-00; 30275-00; 90141-01; 31435-00, ~~31435-00, 31435-00;~~ 90572-00; 30241-00; 45605-00, 9067902; 90679-03; 90680-02; 90680-03; 45720-03; 45726-03; 45723-03; 45729-03; 45731-01; 45735-00; 45741-00; 45747-00; 45732-01; 45738-00; 45744-00; 45752-00; 45599-00; 4560803, 45602-00, 45608-00; 45608-01; 45608-02; 45608-04; 45791-00, 45596-00; 45597-00; 52122-02; 52122-03, 90678-02, 90683-00; 45723-00; 45729-00; 45732-00; 45738-00; 4574400; 45752-00, 45720-00; 45726-00; 45731-00; 45735-00; 45741-00; 45747-00, 45720-00; 45726-00; 45723-00; 45729-00, 45731-00; 45735-00; 45741-00; 45747-00; 45732-00; 4573800; 45744-00; 45752-00, 45731-00; 45735-00; 45741-00; 45747-00; 45732-00; 45738-00; 45744-00; 45752-00, 45753-00; 45754-00, 45761-00, 45761-01, 90681-00; 45230-00; 4523001, 45221-01; 45227-00, 45224-01; 45236-00, 45233-00, 45233-00; 45233-01, 30253-00, 31340-00, 39300-00, 39306-00, 39312-00,39330-00, 39318-00, 39321-00,39503-00, 3950301, 90016-01 и от обхвата на медицинската специалност „Пластично-възстановителна хирургия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пластично-възстановителна хирургия“ по отношение на оперативни процедури с кодове 90110-00; 45656-01; 45660-00; 45661-00; 45656-00; 45638-00; 4187904; 38453-08; 41879-06; 45230-00; 45230-01, 45221-01; 45227-00, 45224-01; 45236-00, 45233-00, ~~45233-00;~~ 45233-01.“;

б) в т. 1.3.2 след код „30250-00“ се добавя „30253-00“.

7. В КП № 137 „Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото с голям обем и сложност“ т. 1.2 се изменя така:

„1.2. Клиничната пътека включва дейности и услуги по т. 1.1 от обхвата на медицинската специалност „Ушно-носно-гърлени болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ушно-

носно-гърлени болести“, от обхвата на медицинската специалност „Лицево-челюстна хирургия“, осъществявана наймалко на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Лицевочелюстна хирургия“ по отношение на оперативни процедури с кодове: 30313-00, 30314-00, 42518-01, 42521-01, 45797-02, 45794-02, 42527-00, 42543-00, 42543- 01, 42545-01, 42533-01, 41725-00, 41707-00, 90133-00, 45051-00, 45797-03, 45797-04, 45794-03, 45794-04, 30272-00, 45675-01, 45033-03, 90142-01, 30286-00, 41782-00, 4178500, 41785-01, 30289-00, 90149-00, 41758-00, 90147-00, 45761-01, 45051-00, 90684-00, 41716-05, 34100-02 от обхвата на медицинската специалност „Пластичновъзстановителна хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пластично-възстановителна хирургия“ по отношение на оперативни процедури с кодове: 42518-01, 42521-01, 45797-02, 45794-02, 42527-00, 42543-00, 42543-01, 42545-01, 42533-01, 90110-00, 45797-01, 45794-01, 90133-00, 4505100, 45797-03, 45797-04, 45794-03, 45794-04, 41671-01, 41671-01, 45051-00, 90684-00 и от обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“ по отношение на оперативни процедури с код 30286-00“.

8. В Клинична пътека № 138 „Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото със среден обем и сложност“:

а) точка 1.2 се изменя така:

„1.2. Клиничната пътека включва дейности и услуги по т. 1.1 от обхвата на медицинската специалност „Ушно-носно-гърлени болести“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ушно-носно-гърлени болести“, от обхвата на медицинската специалност „Лицево-челюстна хирургия“, осъществявана наймалко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Лицевочелюстна хирургия“ - за процедури с кодове: 39324-01, 39327-01, 39324-00, 39327-00, 39324-02, 39327-02, 43987-02; 39100-00, 18290-00; 45714-00, 45714-01, 41671-02, 4565000, 45644-00, 45644-01, 45644-02, 45051-00, 45632-00, 45635-00, 45641-00, 45641-01, 45641-02, 90132-00; 30262-01, 90138-00, 96215-00; 41786-00, 41786-01, 90142-01; 4181001, 41787-00, 41787- 01; 31423-00, от обхвата на медицинската специалност „Пластичновъзстановителна хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пластично-възстановителна хирургия“ - за процедури с кодове: 45448-00, 45451-00, 45206-00, 45656-02; 45614-00, 45671-01, 45674-01; 90110-00; 45714-00, 45714-01, 41671-02, 45650-00, 45644-00, 45644-01, 45644-02, 45051-00, 4563200, 45635-00, 45641-00, 45641-01, 45641-02, 90132-00; 45671-00, 45674-00, 52324-00, 52327-00, 45448-02, 45451-02, 45448-01, 45448-03, 45448-09, 45448-04, 45451-01, 4545103, 45451-24, 45451-25, 45451-04, 45445-00, 45018-00; 45015-01, 45003- 01, 45015-00, 45009-01, 45563-00, 45563-01, 45562-00, 45562-01, 45230-00, 45221-01, 45227-00, 4523001, 45233-00, 45233-01,

	45239-00, 45239-01, 45239-02 и от обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“- по отношение на оперативни процедури с код 31423-00 при деца от 1 до 3-годишна възраст.“; б) в т. 1.3.2 код „30253-00“ се заличава. 9. В КП № 147 „Оперативни процедури върху мъжка полова система“: а) точка 1.4.3 се изменя така: „1.4.3. Диагностика и лечение на пациенти със съмнение за злокачествено заболяване на простатата при: 1.4.3.1. установена завишена стойност на PSA над възрастовата норма на маркера; Не подкрепяме като индикации за оперативно лечение само описаните в т.1.4.3.2., а именно: „1.4.3.2. суспектна находка за злокачествено новообразувание на простатата при ректално туширане;“ Мотиви: Към настоящия момент съществуват съвременни методи на диагностика и установяване само на суспектна находка не е основание за оперативно лечение, а причина за насочване към медико-диагностичните изследвания, които доказват това – напр.образна диагностика и др. 1.4.3.3. данни за лезия PIRADS 3, 4 или 5 от проведен мултипараметричен МРТ на простатна жлеза; 1.4.3.4. данни за лезия- суспектна за карцином на простатната жлеза при данни от проведен PET- CT PSMA със специфичен радиофармацевтик.“; б) досегашната т. 1.4.3 става 1.4.4; в) досегашната т. 1.4.4 става 1.4.5. 10. В Клинична пътека № 162 „Оперативни интервенции чрез коремен достъп за отстраняване на болестни изменения на женските полови органи“ т. 1.2 се изменя така: „1.2. Клиничната пътека включва дейности и услуги по т. 1.1 от обхвата на медицинската специалност „Акушерство и гинекология“ и от обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“ (за дейности по процедури с кодове 30373-00, 30390-00, 35637-06, 35637-06, 35638-00, 35638-01, 35713-06, 35713-03, 35713-02, 35638-02, 35713-07, 3563811, 35713-11, 35638-03, 35717-01, 35638-05, 35638-04, 35717-04, 35713-11, 35638-12, 35638-11, 35694-02, 35694-06, 35713-08, 35638-07, 35638-08, 90430-01, 35713-09, 35620-00). 11. В Клинична пътека № 163 „Оперативни интервенции чрез долен достъп за отстраняване на болестни изменения или инвазивно изследване на женските полови органи“, в т. 1.2 думите „по МКБ-9 КМ 71.71“ се заменят с „35533-00“.	Приема се.	Отразено в проекта на Наредба.

	12. В Клинична пътека № 164 „Корекции на тазова (перинеална) статика и/или на незадържане на урината при жената“, в т. 1.2 думите „по МКБ-9 КМ 70.79“ се заменят с „35573-00“. 13. В КП № 168 „Асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания“: а) точка 1.2 се изменя така: „1.2. Клиничната пътека включва дейности и услуги по т. 1.1 от обхвата на медицинската специалност „Гръдна хирургия“, осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Гръдна хирургия“ (за процедури с кодове: 38434-00, 38495-00, 38496-00, 38499-00), 38498-00, 38495-01), от обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“ (за процедури с кодове 38434-00, 3849500, 38496-00, 38499-00, 38498-00, 38495-01, 30556-00, 38502-00, 38504- 00, 38501-00, 38506-00, 32409-01, 38510-00, 32409-00, 32408-00, 38494-00, 32407-00, 90042-00, 9041600, 90654-00, 90454-00, 90454-00, 90455-00), от обхвата на медицинската специалност „Хирургия“ (за процедури с кодове 30556-00, 38502-00, 38504-00, 38501-00, 38506-00, 32409-01, 38510-00, 32409-00, 32408-00, 38494-00, 32407-00, 90042-00, 90416-00, 9065400, 90454-00, 90454-00, 90455-00), от обхвата на медицинската специалност „Урология“, осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Урология“ (за процедури с кодове 36360-00, 36361-00, 37775-00), и от обхвата на медицинската специалност „Акушерство и гинекология“ (за процедури с кодове 35653-02, 90448-03, 90429-00).“; б) в т. 1.4.2.1 след думата „доказан“ се добавя „или доказан с методите на КАТ“; в) създава се т. 1.4.2.15: „1.4.2.15. злокачествени заболявания на надбъбрека, доказани клинично или с методите на образната диагностика“. 14. В Клинична пътека № 216 „Спешни състояния в гръдната хирургия“ се създава т. 1.4.3.6: „1.4.3.6. частичен/парциален спонтанен пневмоторакс.“. 15. В Клинична пътека № 230 „Оперативно лечение на вродени малформации в лицево-челюстната област“, в т. 1.3.1 накрая се поставя запетая и се добавя „97325-03, 97325-04, 30278-02, 30278-00, 30281-01, 30313-00, 30314-00, 30286-00, 30289-00“. 16. В Клинична пътека № 233 „Хирургично лечение при необширни изгаряния с площ от 1 до 19% от телесната повърхност, с хирургични интервенции“ т. 1.3.1 се изменя така: „1.3.1. Основни терапевтични процедури: 45666-00, 90085-00, 90110-00, 45206-01, 4545112, 45485-02, 45671-00, 45674-00, 44328-01, 46465-00, 46465-00, 44325-00, 44328-02, 44328-00, 90535-00, 44328-01, 44331-00, 44334-00, 44367-00, 44338-00,		

	44364-00, 4436100, 44361-01, 44367-02, 44367-01, 44367-00, 44370-00, 30017-01, 30020-00, 31230-00, 31230-01, 31230-02, 31230-03, 31340-00, 45406-00, 45409-00, 45412-00, 45415-00, 4541800, 45460-00, 45451-15, 45485-04, 45451-19, 90671-00, 90670-00, 90672-00, 45206-05, 45200-00, 90675-00, 90669-00, 93080-00. 17. Клинична пътека № 249 „Триизмерна конвенционална телегаматерапия и брахитерапия със закрити източници“ се заличава. 18. В Клинична пътека № 250 „Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания“: а) наименованието се изменя така: „Триизмерно конформално лъчелечение“; б) в т. 1.3.1 накрая се поставя запетая и се добавя „15312-00“.		
	Не подкрепяме и считаме, че следните промени, посочени в проекта не следва да се включат в Наредба № 9: 1. Допълнения в съществуващите клинични процедури (КПр) 1. В Клинична процедура № 3 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене“: а) В наименованието на процедурата накрая се добавя „при лица над 18 г.“. б) В т. 1.2 накрая се добавя „и от обхвата на медицинската специалност „Пневмология и фтизиатрия“. 2. В Клинична процедура № 4 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене“: а) В наименованието на процедурата накрая се добавя „при лица над 18 г.“. б) В т. 1.2 накрая се добавя „и от обхвата на медицинската специалност „Пневмология и фтизиатрия“. **Мотиви:** Председателят на Борда на БЛС по анестезиология и интензивно лечение проф.д-р Николай Младенов е изразил отрицателно становище с писмо с квх. в ЦУ на НЗОК № 20-03-202/14.07.2025 г., считайки, че „откриването на интензивни легла извън болничното звено за Интензивни грижи представлява връщане на световната практика от 90-те години на 20 век, които вече са променени съобразно развитата медицинска практика и наука, и променените икономически условия и целесъобразност.“	Приема се.	Отразено в проекта на Наредба.
	Не подкрепяме следните промени и допълнения в КП **1.** В **КП № 80** „Лечение на заболявания на хипофизата и надбъбрека“: а) в т. 1.1 накрая се поставя запетая и се добавя „E89.4, E89.5, E89.6, E89.8, Q78.*, Q85.0*, Q85.8*, Q87.3*, Q87.4*, Q87.5*, Q87.8*, Q95.0*, Q95.1*, Q95.2*,	Приема се частично.	Предложените допълнителни кодове се отнасят до по-рядко срещани заболявания и

	Q95.3*, Q95.8*, Q97.0*, Q97.1*, Q97.2*, Q97.3*, Q97.8*, 98.0*, Q98.1*, Q98.2*, Q98.3*, Q98.5*, Q98.6*, Q98.7*, Q98.8*, Q99.0*, Q99.1*, Q99.2*, Q99.8*“;		състояния, които следва да бъдат уточнени и за които се предлага да могат да се извършват диагностично-лечебни дейности по клиничната пътека
	б) в т. 1.3.1 накрая се поставя запетая и се добавя „91916-01 (за допълнителните кодове при неуточнено заболяване за поставяне на диагноза може да се извърши цитогенетично изследване)“ **Мотиви** Включването на нови диагнози в КП № 80 значително разширява дейността. В НЗОК не са постъпвали от вносителите на предложението данни за прогнозен брой случаи. Съществува значителен финансов риск, имайки предвид липсата на прогнозни данни и невъзможността за изчисляване на бюджетното въздействие.	Приема се. Не се приема.	Отразено в проекта на Наредба. В обхвата на клиничната пътека и към момента са включени неонкологични заболявания. Допълването на обхвата се отнася до заболявания, за които това е единствената алтернатива за лечение.
	2. В **КП № 252** „Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания“, в т. 1.1 накрая са поставя запетая и се добавя „C00-C96, D32; D33; D34; D35.2; D35.3, D35.4, D35.5, D14; D18.02; G50.0; Q28.2; Q28.3; Z51.0“. **Мотиви** Включването на неонкологични заболявания в КП по радиохирургия значително разширява дейността. В НЗОК не са постъпвали от вносителите на предложението (Бордът на БЛС, ЕС или Гилдията на лъчетерапевтите) основания за включването на тези диагнози, както и прогнозни данни на брой случаи. В този случай не е възможно да се изчисли бюджетно въздействие. Съществува сериозен финансов риск, имайки предвид липсата на прогнозни данни и сегашната цена на тази КП, а именно **КП № 252.1** Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания“ - 5 670,00 лв., КП № 252.2 „Роботизирана радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания“ - 10 432,80 лв. (съгласно Договор № РД-НС-01-2-3 от 22 май 2025 г. за изменение и допълнение на Националния рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и		

	Българския лекарски съюз за 2023 – 2025г. и Договор № РД-НС-01-2-3 от 22 май 2025 г. за изменение и допълнение на Националния рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2023 – 2025 г.(обн., ДВ, бр. 77 от 2023 г.; изм. и доп., бр. 17 от 2024 г.; попр., бр. 28 от 2024 г.; изм., бр. 64 от 2024 г.; изм. с Определение от 10.07.2024 г. на ВАС на РБ и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС на РБ – бр. 78 от 2024 г.). 3. В **КП № 193** „Оперативно лечение на онкологично заболяване на гърдата: стадии Tis 1-4 N 0-2 M0-1“: а) в т. 1.2.1 накрая се добавя „и от обхвата на медицинската специалност „Гръдна хирургия“, осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Гръдна хирургия“. б) в т. 1.3.1 след думата „процедури“ се добавя „30300-00“. **Мотиви** Подкрепяме добавянето на медицинска процедура „30300-00“ - Биопсия на сентинелен лимфен възел. В хода на преговорите между НЗОК и БЛС, Бордът на БЛС възрази срещу участието на специалисти по Гръдна хирургия в изпълнението на дейността по КП № 193. 4. В КП № 194 „Оперативни интервенции върху гърда с локална ексцизия и биопсия" в т. 1.2.1 накрая се добавя „и от обхвата на медицинската специалност „Гръдна хирургия“, осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Гръдна хирургия“. **Мотиви** В хода на преговорите между НЗОК и БЛС, Бордът на БЛС по хирургия възрази срещу участието на специалисти по Гръдна хирургия в изпълнението на дейността по КП № 194. 5. В **КП № 88** „Диагностика и лечение на хронична бъбречна недостатъчност“, в т.1.1 кодовете „N18.0, N18.8, N18.9“ се заменят с „N18.1, N18.2,N18.3, N18.4, N18.5, N 18.9“. **Мотиви** В МКБ 10 в рубриката N18 са включени само кодовете на заболявания: **N** 18.0 Терминален стадий на бъбречна болест **N** 18.8 Други прояви на хронична бъбречна недостатъчност Уремични **N** 18.9 Хронична бъбречна недостатъчност, неуточнена От гореизложеното следва, че в КП № 88 могат да присъстват само N18.0, N18.8, N18.	Приема се Приема се.	Отразено в проекта на Наредба. Отразена промяна по отношение на диагностично-лечебните дейности, свързани с прецизиране на стадирането на хронично бъбречно заболяване, в сила от 1.01.2027 г. Впоследствие отразена промяна съобразно предложението по т. 34.

	6. В **КП № 262** в т. 1.1 след код „I69.4“ се добавя „I89.0, I89.1, I89.8, I89.9, I97.2“. **Мотиви** Включването на посочените диагнози, касаещи физиатерапия и рехабилитация в рамките на I 89 „Други неинфекциозни болести на лимфните съдове и лимфните възли“ и I97 „Постпроцедурни болести на органите на кръвообращението, некласифицирани другаде“, съгласно МКБ 10 разширява дейността по тази клинична пътека. Предложението за добавяне на диагнози и включването им в КП № 262 „Физикална терапия и рехабилитация на болести на централна нервна система“ като посочените заболявания не са включени в индикациите на тази клинична пътека. Към настоящия момент в НЗОК не са постъпвали прогнозни данни за броя случаи, които ще бъдат хоспитализирани и отчетени с цитираните диагнози. В такъв случай бюджетно въздействие не е възможно да се изчисли, като това създава сериозен финансов риск.	Не се приема.	Разширяването обхвата на заболяванията с включване на такива на лимфните съдове и лимфните възли ще гарантира по-пълноценна грижа и по-високо качество на медицинската помощ, като се подобряват диагностичните и терапевтичните възможности за лечение.
	7. В **КП № 265** в т. 1.1 след думите „заболявания по МКБ-10“ се добавя „I89.0, I89.1, I89.8, I89.9, I97.2“. **Мотиви** Включването на посочените диагнози, касаещи физиатерапия и рехабилитация в рамките на I 89 „Други неинфекциозни болести на лимфните съдове и лимфните възли“ и I97 „Постпроцедурни болести на органите на кръвообращението, некласифицирани другаде“, съгласно МКБ 10 разширява дейността по тази клинична пътека. Предложението за добавяне на диагнози е включването им в КП № 265, която се състои от две части - КП № 265.1 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат“ и КП № 265.2 „Физикална терапия и рехабилитация с комплексна подводно-екстензионна терапия при болести на гръбначния стълб“, като и в двете части на КП липсват индикации за физиотерапия и рехабилитация на състоянията с посочените диагнози. Към настоящия момент в НЗОК не са постъпвали прогнозни данни за броя случаи, които ще бъдат хоспитализирани и отчетени с цитираните диагнози. В такъв случай бюджетно въздействие не е възможно да се изчисли. Имайки предвид тази невъзможност, както и данните от отчетите на НЗОК, че КП № 265.1 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат“ е постоянно и	Не се приема.	Разширяването обхвата на заболяванията с включване на такива на лимфните съдове и лимфните възли ще гарантира по-пълноценна грижа и по-високо качество на медицинската помощ, като се подобряват диагностичните и терапевтичните възможности за лечение.

	трайно на първо място по брой преминали случаи, сравнено с всички други КП считаме, че това създава изключително висок финансов риск. Във връзка с поведените преговори с бордовете по специалности на БЛС и извършените обсъждания и анализи в НЗОК предлагаме допълнително да се включат: 1. В **КП № 68.2** да се добави диагноза К20.0 – „Еозинофилен езофагит“. **Мотиви** Включването на тази диагноза не разширява дейността, поради факта, че към настоящия момент този вид езофагит се отчита с други кодове. Добавянето на диагноза К20.0 – „Еозинофилен езофагит“ ще подобри точността на отчетността. Промяната няма бюджетно въздействие.	Приема се.	Отразено в проекта на Наредба.
	2. В **КП № 214** „Разширени (големи) операции с пълно или частично отстраняване на повече от един интраторакален орган, включително медиастинален тумор или гръдна стена. едноетапни операции при белодробни болести засягащи двата бели дроба при болести със съчетана белодробна и друга локализация” Да се добавят следните процедури с код по КСМП: 38457-00 - Възстановяване на пектус каринатум. Радикална корекция на пектус каринатум 38457-01 - Възстановяване на пектус екскаватум. Радикална корекция на пектус екскаватум" **Мотиви** Включването на тези оперативни процедури ще даде възможност да се прилага оперативно лечение при тези вродени заболявания, които досега са се отчитали с кодове на други диагнози. Промяната касае малък брой случаи, поради което няма значимо бюджетно въздействие.	Приема се.	Отразено в проекта на Наредба.
	3. В **КП № 127** да се включи код на диагноза: I80.8 – „Флебит и тромбофлебит на дълбоки съдове на горните крайници“. Към настоящия момент в КП липса код флебит и тромбофлебит на дълбоки съдове на горните крайници. **Мотиви** Липсата на този код води до невъзможност за лечението на посочените състояния. Промяната касае малък брой случаи, поради което бюджетното въздействие е незначително.	Приема се.	Отразено в проекта на Наредба.
	4. Към ДЛА на посочените пътеки: КП № 17, КП № 26, КП № 20, КП № 25, КП № 27 и КП № 28 да се добавят: Основни диагностични процедури „38207-00 Оценка на коронарния резерв, чрез прилагане на специална катетърна методика FFR“,		

	55131-00- Интраваскуларен ултразвук на сърце (IVUS), и 11208-00 Оптична кохерентна томография“ **Мотиви** Предложените промени касаят нови диагностични технологии, които следва да се включат в тези КП за подобряване качеството на диагностично-лечебната дейност. Промяната няма бюджетно въздействие. Приложение: съгласно текста.		
	5. Предлагаме в Наредба № 9 към чл. 5, ал. 2,(Изм. – ДВ, бр. 49 от 2025 г.) - „Пакетът по настоящата наредба включва и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с коагулопатии“ да се добави и „имуноглобулини (включени в групата на лекарства с АТС код J06B - J06BA01 и J06BA02) за лечение на Миастения гравис“. **Мотиви** Писма с вх. № в НЗОК 15-02-39/01.08.2024г. и 04-04-446/02.08.2025 г. от г-жа Ирена Нешковска, председател на Фондация „Миастения гравис“ и липсата на публично финансиране на лекарственото лечение на това заболяване с имуноглобулини за болнично лечение.	Не се приема.	Разпоредбата е издадена съобразно делегацията на чл. 45, ал. 20 от ЗЗО и не включва лечение с имуноглобулини при миастения гравис.
	Обръщаме внимание също така, че в номенклатурата в НЗИС „Номенклатури - Информативна Спецификация (използвайте C001)/Тестова среда: v1.5.21 от 18.11.2025 са въведени следните кодове, които не са публикувани в проект на изменение на Наредба 42: J09 Грип, причинен от идентифициран зоонотичен или пандемичен грипен вирус U04 Тежък остър респираторен синдром [TOPC] U04.9 Тежък остър респираторен синдром [TOPC], неуточнена Източник на информация: https://www.his.bg/bg/dev/specifications Предвид гореизложеното препоръчваме направените редакции да бъдат преразгледани, за да се осигури коректно прилагане на МКБ-	Приема се.	Отразена промяна в Наредба 42 от 2004 г. за въвеждане на класификационни статистически системи за кодиране на болестите и проблемите, свързани със здравето, и на медицинските процедури,

			в сила от 1.01.2027 г., която се изменя с проекта.
14. вх. № 74-01-133/21.11.25 г. в МЗ НЦОЗА	Предложение за промяна в проект на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса В публикувания на интернет страницата на МЗ проект на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, НЦОЗА предлага следните промени след съпоставяне на съществуващите кодове по МКБ-10 и указания за кодиране: В § 3. В Приложение № 7 към чл. 1 „Амбулаторни процедури“ се правят следните допълнения: В Амбулаторна процедура № 42 „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация на пациенти с възпалителни полиартропатии и спондилопатии“ в т. 1.1 след код ~~„M05.8“ се добавя „M06.0, M06.1“.~~ „M05.88“ се добавят кодове „M06.00, M06.01, M06.02, M06.03, M06.04, M06.05, M06.06, M06.07, M06.08, M06.09, M06.10, M06.11, M06.12, M06.13, M06.14, M06.15, M06.16, M06.17, M06.18 и M06.19. Основанието е, че кодове M05.8, M06.0 и M06.1 са непълни кодове и според указанията за кодиране на диагнози в МКБ-10 не могат да се използват, защото трябва да се посочи локализацията като пета цифра. За справка на следния линк: https://ncpha.government.bg/index/301-mkb-10-mejdunarodna-statisticheska-klasifikacia-na-bolestite-i-problemite-svurzani-sus-zdraveto.html § 5. В Приложение № 9 към чл. 1 „Клинични пътеки“ се правят следните изменения и допълнения: 3. В Клинична пътека № 80 „Лечение на заболявания на хипофизата и надбъбрека“: ~~а) в т. 1.1 накрая се поставя запетая и се добавя „E89.4, E89.5, E89.6, E89.8, Q78.*, Q85.0*, Q85.8*, Q87.3*, Q87.4*, Q87.5*, Q87.8*, Q95.0*, Q95.1*, Q95.2*, Q95.3*, Q95.8*, Q97.0*, Q97.1*, Q97.2*, Q97.3*, Q97.8*, 98.0*, Q98.1*, Q98.2*, Q98.3*, Q98.5*, Q98.6*, Q98.7*, Q98.8*, Q99.0*, Q99.1*, Q99.2*, Q99.8*“;~~ а) в т. 1.1 накрая се поставя запетая и се добавя „E89.4, E89.5, E89.6, E89.8, Q78._, Q85.0, Q85.8, Q87.3, Q87.4, Q87.5, Q87.8, Q95.0, Q95.1, Q95.2, Q95.3, Q95.8, Q97.0, Q97.1, Q97.2, Q97.3, Q97.8, Q98.0, Q98.1, Q98.2, Q98.3, Q98.5, Q98.6, Q98.7, Q98.8, Q99.0, Q99.1, Q99.2, Q99.8“; Основанието е, че кодовете, започващи с Q, са с добавена „*“, докато в МКБ10 те нямат такава. Код 98.0 не съществува в МКБ-10, най-вероятно е пропусната буквата Q.	Приема се.	Отразено в проекта на Наредба.

	За справка на следния линк: https://ncpha.government.bg/uploads/lzpb/ICD10_V1_Part2.pdf 4. В Клинична пътека № 88 са посочени актуализирани кодове от рубрика N18, които са публикувани като проект за изменение на Наредба № 42. В случай че бъде изразено отрицателно становище или не бъде прието предложеното изменение, следва да се прецени доколко е целесъобразно тези кодове да бъдат цитирани в Проекта на Наредба № 9, преди официалното им обнародване в „Държавен вестник“. 5. В Клинична пътека № 90 „Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания“: а) в т. 1.1 след код „M05.88“ се добавя „M06.0, M06.1“ се добавят кодове „M06.00, M06.01, M06.02, M06.03, M06.04, M06.05, M06.06, M06.07, M06.08, M06.09, M06.10, M06.11, M06.12, M06.13, M06.14, M06.15, M06.16, M06.17, M06.18 и M06.19. Основанието е, че кодове M06.0 и M06.1 са непълни кодове и според указанията за кодиране на диагнози в МКБ-10 не могат да се използват, защото трябва да се посочи локализацията като пета цифра. За справка на следния линк: https://ncpha.government.bg/index/301-mkb-10-mejdunarodna-statisticheska-klasifikacia-na-bolestite-i-problemite-svurzani-sus-zdraveto.html Освен това кодове M06.00, M06.01, M06.02, M06.03, M06.04, M06.05, M06.06, M06.07, M06.08, M06.09, M06.10, M06.11, M06.12, M06.13, M06.14, M06.15, M06.16, M06.17, M06.18 и M06.19 ги има вече в алгоритъма на КП 90.1, а в КП 90.2 липсват само кодове M06.10, M06.11, M06.12, M06.13, M06.14, M06.15, M06.16, M06.17, M06.18 и M06.19. 6. В Клинична пътека № 91 „Диагностика и лечение на дегенеративни и обменни ставни заболявания“, в т. 1.1 след код „M51.8“ ~~се добавя „M80.0, M80.1, M802, M80.3, M80.4, M80.5, M80.8, M80.9, M81.0, M81.1, M81.2, M81.3, M81.4, M81.5, M81.6, M81.8“~~ се добавят кодове „M80.00, M80.01, M80.02, M80.03, M80.04, M80.05, M80.06, M80.07, M80.08, M80.09, M80.10, M80.11, M80.12, M80.13, M80.14, M80.15, M80.16, M80.17, M80.18, M80.19, M80.20, M80.21, M80.22, M80.23, M80.24, M80.25, M80.26, M80.27, M80.28, M80.29, M80.30, M80.31, M80.32, M80.33, M80.34, M80.35, M80.36, M80.37, M80.38, M80.39, M80.40, M80.41, M80.42, M80.43, M80.44, M80.45, M80.46, M80.47, M80.48, M80.49, M80.50, M80.51, M80.52, M80.53, M80.54, M80.55, M80.56, M80.57, M80.58, M80.59, M80.80, M80.81, M80.82, M80.83, M80.84, M80.85, M80.86, M80.87, M80.88, M80.89, M80.90, M80.91, M80.92, M80.93, M80.94, M80.95, M80.96, M80.97, M80.98, M80.99, M81.0, M81.00, M81.01, M81.02, M81.03, M81.04, M81.05, M81.06, M81.07, M81.08, M81.09, M81.10, M81.11, M81.12, M81.13, M81.14, M81.15, M81.16, M81.17, M81.18, M81.19, M81.20, M81.21, M81.22, M81.23, M81.24, M81.25, M81.26, M81.27, M81.28, M81.29, M81.30, M81.31, M81.32, M81.33, M81.34, M81.35, M81.36, M81.37, M81.38, M81.39, M81.40, M81.41, M81.42, M81.43,		

	M81.44, M81.45, M81.46, M81.47, M81.48, M81.49, M81.50, M81.51, M81.52, M81.53, M81.54, M81.55, M81.56, M81.57, M81.58, M81.59, M81.60, M81.61, M81.62, M81.63, M81.64, M81.65, M81.66, M81.67, M81.68, M81.69, M81.80, M81.81, M81.82, M81.83, M81.84, M81.85, M81.86, M81.87, M81.88, M81.89“ Основанието е, че кодове М80.0, М80.1, М802, М80.3, М80.4, М80.5, М80.8, М80.9, М81.0, М81.1, М81.2, М81.3, М81.4, М81.5, М81.6, М81.8 са непълни кодове и според указанията на МКБ-10 следва да се посочи локализацията като пета цифра. За справка на следния линк: https://ncpha.government.bg/index/301-mkb-10-mejdunarodna-statisticheska-klasifikacia-na-bolestite-i-problemite-svurzani-sus-zdraveto.html 24. В Клинична пътека № 252 „Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания“, в т. 1.1 накрая са поставя запетая и се добавя „С00-С96, ~~D32; D33~~, D32.0, D32.1, D32.9, D33.0, D33.1, D33.2, D33.3, D33.4, D33.7, D34; D35.2; D35.3, D35.4, D35.5, ~~D14~~, D14.0 D14.1 D14.2 D14.3 D14.4; ~~D18.02;~~ D18.0, G50.0; Q28.2; Q28.3; Z51.0“. Основанието е, че кодове D32 и D33 имат четвърти знак, а код D18.02 не съществува в МКБ-10. 28. Създава се клинична пътека № 270: 1.1. Клиничната пътека включва диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги, предоставяни на задължително здравноосигурени лица със заболявания по МКБ10: N10, N11.0, N11.1, N11.8, N11.9, N13.6, N15.1, A18.1†, N30, N30.0, N30.1, N30.2, N30.3, N30.4, N30.8, N30.9, N33.0*, O23.1, N34, N34.0, N34.1, N34.2, N34.3, A54.0, A56.0, N37.0*, N39.0, N41, N41.0, N41.1, N41.2, N41.3, N41.8, N41.9, A59.0, N51.0*, N45, N45.0, N45.9, B26.0*, N51.1*, A60.0, N48.1, N48.2, N48.6, N49.2, N49, N48.2, N49.0, N49.1,N49.2, N49.8, N49.9. Основанието е, че код А18.1 в МКБ10 има знак „†“ и съгласно правилото за двойно кодиране трябва задължително да бъде придружен от знак „*“. Кодове N34, N41, N49 са непълни кодове и не могат да се използват за кодиране на диагнози. Код В26.0 е отбелязан със знак „*“, но в МКБ е със знак „†“. След изчистване на грешните кодове, следва да бъдат изписани по следния начин: N10, N11.0, N11.1, N11.8, N11.9, N13.6, N15.1, A18.1†, N30.0, N30.1, N30.2, N30.3, N30.4, N30.8, N30.9, N33.0*, O23.1, N34.0, N34.1, N34.2, N34.3, A54.0, A56.0, N37.0*, N39.0, N41.0, N41.1, N41.2, N41.3, N41.8, N41.9, A59.0, N51.0*, N45, N45.0, N45.9, B26.0†, N51.1*, A60.0, N48.1, N48.2, N48.6, N49.2, N49.0, N49.1,N49.2, N49.8, N49.9. § 8. В Наредба 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията:		

	2. В Приложение № 8 към чл. 20, ал. 1 „Списък на заболяванията, при които децата подлежат на диспансеризация“ в ред „б“; В Приложение № 9 към чл. 20, ал. 2 „ 1 „Списък на заболяванията при деца, за които Националната здравноосигурителна каса заплаща дейностите по диспансеризация“ в ред „б“; 4. В Приложение № 10 към чл. 21, ал. 1 „Списък на заболяванията, при които лицата над 18 години подлежат на диспансеризация“ в ред „в“; 7. В Приложение № 13 към чл. 22, ал. 1 „Вид и периодичност на дейности по диспансеризация при лица над 18 години“ в ред „б“ и ред „г“ Посочени са отново актуализирани кодове от рубрика N18, които са публикувани като проект за изменение на Наредба № 42. В случай че бъде изразено отрицателно становище или не бъде прието предложеното изменение, следва да се прецени доколко е целесъобразно тези кодове да бъдат цитирани в Проекта на Наредба № 9, преди официалното им обнародване в „Държавен вестник“. Обръщаме внимание също така, че в номенклатурата в НЗИС „Номенклатури - Информативна Спецификация (използвайте C001)/Тестова среда: v1.5.21 от 18.11.2025 са въведени следните кодове, които не са публикувани в проект на изменение на Наредба 42: J09 Грип, причинен от идентифициран зоонотичен или пандемичен грипен вирус U04 Тежък остър респираторен синдром [TOPC] U04.9 Тежък остър респираторен синдром [TOPC], неуточнена Източник на информация: https://www.his.bg/bg/dev/specifications Предвид гореизложеното препоръчваме направените редакции да бъдат преразгледани, за да се осигури коректно прилагане на МКБ-10.	Приема се.	Отразена промяна, която влиза в сила от 01.01.2027 г., в Наредба № 42 за въвеждане на класификационни статистически системи за кодиране на болестите и проблемите, свързани със здравето, и на медицинските процедури, изменяна с проекта.
15. вх. № 63-00-221/04.11.25 г. в МЗ Национално Сдружение на Амбулаториите	Предложение на Националното сдружение на амбулаториите за здравни грижи в България (НСАЗГБ) Относно: Включване на дейностите, извършвани от медицински сестри, акушерки, рехабилитатори и лекарски асистенти в амбулатории за здравни грижи, в пакета от медицински дейности, финансирани от НЗОК, чрез допълнение в Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. и съответни промени в Закона за здравното осигуряване.	Не се приема.	Предложението се отнася до промени в Закона за здравното осигуряване. Амбулаториите за здравни грижи не

за Здравни Грижи в България	Националното сдружение на амбулаториите за здравни грижи в България обединява лечебни заведения, които ежедневно осигуряват медицински грижи за хора с хронични заболявания, възрастни пациенти, лица с увреждания и нуждаещи се от продължителна рехабилитация. През последните години тези структури доказаха, че са важен и устойчив елемент от системата на извънболничната помощ. Въпреки това техният потенциал остава ограничен от липсата на достатъчна нормативна и финансова рамка за работа с Националната здравноосигурителна каса. В момента амбулаториите за здравни грижи функционират основно на частен принцип, което прави услугите им недостъпни за голяма част от населението, особено в малките населени места и сред възрастните хора с ниски доходи. Съгласно чл. 121, т. 4 от Националния рамков договор за медицинските дейности 2023–2025 г., се създава възможност за сключване на договор с индивидуална или групова практика за здравни грижи, когато дейностите от пакета „Здравни грижи, осъществявани в дома от медицинска сестра, акушерка или лекарски асистент“ (чл. 1, Наредба № 9/2019 г.) ще се изпълняват от практики за здравни грижи. Предлагаме да се разшири обхватът на тези договори така, че амбулаториите за здравни грижи да могат да сключват договори не само с лични лекари (ПИМП), но и със СИМП и лечебни заведения за болнична помощ, което ще осигури ефективна интеграция на амбулаториите в системата на здравните грижи и ще улесни достъпа до грижи за хронично болни и възрастни пациенти. Конкретни предложения за промени: 1. Сключване на договори с НЗОК за извършване на определени дейности от обхвата на медицинските грижи, рехабилитацията и долекуването, чрез ПИМП, СИМП и лечебни заведения за болнична помощ. 2. Създаване на Фонд за дългосрочни грижи и профилактика, финансиран съвместно от НЗОК, държавния бюджет и общините, за осигуряване на достъп до грижи за възрастни, хронично болни и хора с увреждания. 3. Въвеждане на „Цифров ваучер за изпълнение на манипулации и грижи“, чрез който здравноосигурените пациенти с хронично и онкологичо заболяване , и трудно подвижни пациенти , бременни и майки да могат ежегодно да получават услуги, финансирани от НЗОК, включващи: домашни посещения и наблюдение; контрол на медикаментозната терапия и витални показатели; профилактични и обучителни консултации; рехабилитация и подкрепа при възстановяване; дигитално отчитане и проследяване чрез електронно досие и телемедицински средства. 4. Разработване на стандарти и система за контрол на качеството на предоставяните услуги в амбулаториите за здравни грижи.		са изпълнители на медицинска помощ по смисъла на ЗЗО и поради това не могат директно да сключват договори с НЗОК за осъществяването на медицинска помощ. С промените в ЗЗО (обн., ДВ, бр. 97 от 14.11.2025 г.) е дадена възможност представители на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи по покана на Българския лекарски съюз да участват в процеса на преговори с НЗОК относно дейностите, включени в пакета по Наредба № 9. В предлагания пакет се съдържат дейности, които в момента са включени в пакети първична и специализирана извънболнична медицинска помощ (приложения 1 и 2 от Наредба № 9 от 2019 г.), които се

	Този модел вече се прилага успешно в редица държави от Европейския съюз, където инвестициите в извънболнични грижи водят до намаляване на хоспитализациите, подобряване на качеството на живот и по-ефективно използване на публичните ресурси. Убедени сме, че чрез законодателно признаване и публично финансиране на дейностите на амбулаториите за здравни грижи ще се постигне: по-голяма достъпност на здравните грижи за уязвимите групи; по-добро проследяване на хроничните заболявания; намаляване на натиска върху болничната помощ; устойчиво използване на човешкия ресурс в системата на здравните грижи. НСАЗГБ изразява готовност да участва в експертни работни групи за изготвяне на конкретни предложения за промени в Наредба №9/2019 г. и Закона за здравното осигуряване, както и в разработването на професионални стандарти за дейностите на амбулаториите за здравни грижи. 63-00-221 от 4.11.25 НСАЗГРБ.docx		изпълняват от общопрактикуващите лекари и лекарите - специалисти. Разделянето на пакети първична и специализирана извънболнична медицинска помощ и/или регламентацията на дейности, извършвани само от медицински сестри, акушерки и рехабилитатори, начина на тяхното финансиране и възможността тези дейности да се извършват от лекари и медицински сестри, акушерки и рехабилитатори следва да бъде подложено на широко обществено обсъждане.
16. вх. № 35-ОМ-68/20.11.25 г. в МЗ Омбудсмана на РБ	Към омбудсмана на Република България, също и към Вас, се обърна д-р Владимир Бойчев, e-mail: vlboychev@gmail.com, тел.: 0878111581, с „Официално предложение за включване на диагноза Е66 (Затлъстяване) като диспансерна“. Уточнява, че е общопрактикуващ лекар и диетолог, сочи наблюдения от своята практика, както и данни на Световната здравна организация и в тази връзка излага аргументи за необходимостта от включвана на посочена диагноза в списъка на заболяванията, при които гражданите подлежат на диспансеризация.	Не се приема.	За здравноосигурените лица НЗОК заплаща оказаната медицинска помощ, в

	Предлага: „1. Включване на Е66 (Затлъстяване) в списъка на диспансерните заболявания. 2. Разработване на национална програма за превенция, диагностика и лечение на затлъстяването. 3. Осигуряване на ресурс и обучение за общопрактикуващите лекари, за да могат ефективно да проследяват и лекуват пациентите“. Изразява убеждение, че предприемането на тези стъпки ще има значим положителен ефект върху здравето и качеството на живот на българските граждани. По повод изложеното, с разбирането, че затлъстяването е все по-често срещано, в това число при деца и представлява сериозен проблем за общественото здраве, на основание чл. 20, ал. 1, т. 2 и чл. 19, ал.1, т. 2 от Закона за омбудсмана, се обръщам към Вас за информация за предприетите от Вас действия, като очаквам да бъдат задълбочено разгледани направените от д-р Бойчев предложения и обсъдени мерки, с които да се гарантират изцяло правата на пациентите с посоченото заболяване на достъп до ранна профилактика, активно наблюдение и своевременно лечение.		съответствие с чл. 45, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО). В пакета, определен с Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (Наредба № 9), са включени профилактичните и диспансерни прегледи и съответните изследвания, регламентирани по вид и честота в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8). В съответствие с разпоредбите на горепосочените нормативни актове, НЗОК и Българският лекарски съюз са договорили в

			Националния рамков договор за медицинските дейности 2023-2025 г. (НРД за МД) и приложенията към него дейности, свързани с профилактиката и наблюдението на социалнозначими заболявания, в т.ч и на затлъстяването. В рамките на Националната здравна стратегия 2030 (Обн., ДВ, бр. 37 от 26 април 2024 г.) превенцията на затлъстяването е приоритетно направление. В Стратегията затлъстяването е определено като ключов рисков фактор, а дейностите по неговото ограничаване са включени в Приоритет 1: „Инвестиции в превенция и насърчаване на здравословно поведение и среда, подкрепяща здравето на всички

			през целия живот“, и по-конкретно в Политика 1.1: „Насърчаване на здравословния начин на живот“. В рамките на този приоритет се предвиждат мерки за подобряване на хранителните навици, повишаване на физическата активност, намаляване на рисковото поведение и развитие на интегрирани междусекторни действия за ограничаване на факторите, водещи до наднормено тегло и затлъстяване. В синхрон със Стратегията Министерството на здравеопазването изпълнява Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести (НППХНБ) за периодите 2014–

			2020 г. и 2021–2025 г. Основната цел на програмата е подобряване на здравето и качеството на живот на населението чрез намаляване на преждевременната смъртност, заболеваемостта и инвалидизацията, свързани с основните хронични незаразни болести. Програмата е насочена към ограничаването на рискови фактори като тютюнопушене, нездравословно хранене, ниска физическа активност и злоупотреба с алкохол, които са пряко свързани с развитието на затлъстяване. В момента Министерство на здравеопазването разработва Национална програма за превенция на

			хроничните незаразни болести (НППХНБ) 2026–2030 г., в която превенцията на наднорменото тегло и затлъстяването е включена като приоритетна област. Предвижда се програмата да надгради дейностите от текущия програмен период чрез разширяване на мерките за ограничаване на рисковите фактори за подобряване на информираността на населението. Предложението за разработване на самостоятелна национална програма, насочена към затлъстяването, е принципно обхванато в националните стратегически документи и в НППХНБ за периода 2026–2030 г. Министерството на здравеопазването също така

			реализира дейности по конкретни проекти, като например проекта „Намаляване на тежестта на незаразните заболявания чрез предоставяне на мултидисциплинар на интервенция с лечение в начина на живот при диабет тип 2 (CARE4DIABETES)“, чрез който се прилагат комплексни подходи за ограничаване на рисковите фактори и подобряване на здравните навици на населението. В този контекст, мерките за превенция, диагностика и контрол на затлъстяването ще бъдат надграждани и разширявани.
17. вх. № 94-4369/24.11.25 г. в МЗ Янко Петров	Уважаеми доц. Д-р Кирилов, Моля да бъде разгледана възможността при бременните жени да се включат безплатни кръвни изследвания за щитовидната жлеза, с цел превенция и ранно откриване на рискове за плода. Предлагам в реимбурсирания пакет да бъдат добавени следните показатели: ПАКЕТ „ЩИТОВИДНА ЖЛЕЗА“:	Не се приема.	НЗОК заплаща за извършване в извънболничната помощ на изследванията:

	• TSH • TAT • MAT • fT4 • Анти-TSH рецепторни антитела (TRAb) Необходимостта от това се обуславя от зачестили случаи на отключени автоимунни и ендокринни заболявания след прекаран COVID-19, както и от общата тенденция към повишаване на възрастта на бременните, което увеличава рисковите фактори.		TSH, fT4 и „Антитела срещу Тиреоидната пероксидаза - Anti-TPO“ (т.нар. MAT). За извършването им лекарят специалист издава направление за медико-диагностична дейност (бл. МЗ-НЗОК № 4), по преценка и при необходимост. Хормоните TSH и fT4 могат да се назначат и от общопрактикуващия лекар.
18. вх. № 12-00-432/10.12.25 г. ЕС по Имунология	Относно: Проект на наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (обн., ДВ, бр. 98 от 2019 г.; изм. и доп., бр. 38 от 2020 г., бр. 2, 39 и 82 от 2021 г., бр. 8, 48 и 68 от 2022 г., бр. 60 от 2023 г., бр. 3 от 2024 г.; попр., бр. 21 от 2024 г. изм. и доп., бр. 50 и 69 от 2024 г., бр. 15 и 49 от 2025 г.) УВАЖАЕМИ г-н министър, От името на Експертния съвет по клинична имунология, Националният експертен лекарски борд на БЛС по специалността клинична имунология, и Управителният съвет на БАКИ предложихме на Вашето внимание необходими промени в Наредба № 8 и Наредба № 9/2019 на МЗ, които ще повишат здравният статус на населението както следва: I. Касаещи НАРЕДБА № 8, а именно включване на задължително профилактично изследване на серумното ниво на имуноглобулини G, M, A за ранна диагноза на антителни дефицити в Наредба 8/2016 за профилактични прегледи и диспансеризация. Мотивите са изложени в доклад с Ваш Вх. № 12-00-432/01.09.2025 г. В публикуваната за обсъждане Наредба № 9 няма включени предложените от нас изследвания, както и няма специфични мотиви защо това не е направено. В мотивите на МЗ е отбелязано, че в обхвата на първичната медицинска помощ по	Приема се частично.	Предложеното извършване на скринингово изследване на серумното ниво на имуноглобулини G, M, A за ранна диагноза на антителни дефицити не е подкрепено от научни доказателства и публикации за необходимостта от провеждане на такива изследвания, вкл. по отношение на посочената възраст

Приложение № 1 „Първична извънболнична медицинска помощ”, за профилактика на заболяванията и изпълнение на специфични профилактични дейности за пациента и неговото семейство за превенция на инфекциозни болести и паразитози се добавя дейност по прилагане на целеви имунизации.
Във връзка с това уточняваме, че имунния отговор след ваксиниране, както и срещу извънклетъчни бактерии, паразити и т.н. се осъществява с участието на имуноглобулините. Ето защо се налага да се изследва нивото на имуноглобулините поне еднократно в детска възраст за по-добра превенция.
Настояваме определяне на общи имуноглобулини G,M,A в серум (кодове 09.02; 09.03; 09.04), еднократно на 3 годишна възраст, да бъде включено в Приложение № 1 към Наредба № 8/2016 г. и, като бъде отразено в заключителните разпоредби на Наредба № 9, което ще осигури повишаване на здравният статус на населението.
В Наредба № 9 да бъде включен следния текст:
Зикчючителни разпоредби
В § 8. В наредба 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (обн., ДВ, в. 92 и 93 от 2016 г.; изм. и доп., бр. 27 от 2018 г.; изм. с Решение № 3549 на Върховния административен съд от 2018 г. — бр. 29 от 2018 г.; изм. и доп., бр. 2 от 2019 г., бр. 39 от 2021 г., бр. 48 и 103 от 2022 г., бр. 3 от 2024 г. и бр. 15 от 2025 г.) се правят следните изменения и допълниия.
1. В приложение № 1 към чл. 7, ал. 1 „Вид и периодичност на профилактичните прегледи и изследвания съобразно възрастта на децата се добавя ред.

Код по КБ	Наименование	Възраст на детето	Профилактичен преглед	Периодичност на преглеД	Консултативни регледи	Периодичност на консултативните прегледи	Медико-диагностични дейности	Периодичност на МДИ
1	2	3	4	5	6	7	8	9

на децата.
Общоприетите световни критерии за провеждане на скрининг изискват клинично и биохимично добре дефинирано заболяване;
да бъде известна честотата на заболявнето в конкретната популация;
заболяването да има тежка клиника и висока смъртност; да има ефективно лечение;
да има безопасен, надежден и прост лабораторен скрининг метод;
скринингът да бъде икономически изгоден.
В Наредба № 9 е предвидена възможност за провеждане на посочените изследвания при преценка и при клинични индикации.

Създадена нова амбулаторна

	13.0	Специално скринингово изследване за болести на кръвта и кръвотворните органи някои разстройства, включващи имунния механизъм.	3 годишна възраст					Определяне на общи имуноглобулини G, M, A в серум.	Еднократно на тригодишна възраст	Приема се.	процедура за заместително лечение на вторични хипогамаглобулинемии при лица над 18 години. Отразено в проекта на Наредба.

II. Касаещи Наредба № 9/2019, а именно: Включване на нова терапевтична амбулаторна процедура (АП) „Заместително лечение при вторични хипогамаглобулинемии при лица над 18 г. възраст". Мотивите са изложени в доклад с Ваш Вх. № 94-3321/01.09.2025 г. В писмо с Ваш изх. № 12-00-431/25.09.2025г. съобщавате, че нашето предложение ще бъде взето предвид в хода на обсъждане на предстоящите промени в Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса. В публикуваната за обсъждане Наредба № 9 няма включена предложената от нас АП, както и няма мотиви защо това не е направено.

Горепосочените предложения бяха обсъдени и подкрепени от представители на БЛС и НЗОК по време на срещата на експертно ниво между представители на НЗОК и БЛС по НРД за МД 2026-2028 г.(прилагаме протокол). Те са и част от Националната здравна стратегия 2030 Приоритет 1 за изграждане на по-здрава нация и в частност профилактика на имунното здраве и превенция на имуномедиираните болести. Тази стратегия беше широко обсъдена на крила маса и подкрепена от представителите на НЗОК, БЛС, БЧК, МЗ, НЦЗПБ, членове на ЕС по педиатрия, епидемиология, имунология и др. през м. октомври 2025 г. (прилагаме паметна записка).

Видно е, че публикуваният проект за допълнение на Наредба 9 предвижда създаване на нови амбулаторни терапевтични процедури.

Целта на направените от нас предложения е чрез създаването на посочената амбулаторна процедура „Заместително лечение при вторични хипогамаглобулинемии при лица над 18г. възраст", пациентите да имат достъп до

	съвременна терапия. Ето защо настояваме тя да бъде включена в изменената и допълнена Наредба № 9/2019г. Очакваният резултат от създаването на предложената амбулаторна процедура е подобряване качеството на живот на пациентите, както и минимизиране на нуждата от хоспитализации. От своя страна това ще доведе до ефективен контрол на заболяванията в амбулаторни условия. Настоявшие в Наредба № 9 да бъде създадена нова Амбулаторна процедура: Амбулаторна процедура № XX Заместително лечение при вторични хипогамаглобулинемии при лица над 18-год. възраст 1. Обхват: 1.1 Амбулаторната процедура включва диагностични и лечебни дейности и услуги, предоставяни на задължително здравноосигурени лица с D84.8 по МКБ- 10. 1.2 Амбулаторната процедура включва дейности и услуги по т. 1.1 от обхвата на медицинската специалност „Клинична имунология" осъществявана съгласно медицински стандарт „Клинична имунология". 1.3 Основни процедури: 1.3.1 Основни диагностични процедури: 91910-04, 91910-05; 91910-19; 91910-17; 91910-08; 91923-01; 91923-02; 91923-03. 1.3.2 Основни терапевтични процедури: 13706-05. 1.4 Диагностични и лечебни дейности и услуги в хода на амбулаторната процедура: 1.4.1 обща оценка на състоянието на пациента: 1.4.2 извършване на физикални прегледи на обективното състояние; 1.4.3 извършване на необходимите медико-диагностични изследвания; 1.4.4 организиране на консултативни прегледи и други специализирани дейности при необходимост; 1.4.5 определяне на план на лечение и контрол на терапевтичното поведение; 1.4.6 медицинска експертиза. 1.4.7 Приложение на човешки имуноглобулин. 1.5 Диагностични и лечебни дейности и услуги при приключване на амбулаторната процедура: 1.5.1 Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на процедурата вы основа на: 1.5.1.1 извършени медико-диагностични дейности; 1.5.1.2 предоставен резултат от извършено изследване.		

	1.5.2 Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на процедурата, в т.ч.: 1.5.2.1 контролни прегледи в лечебното заведение; 1.5.2.2 последваща диагностика и продължаване на лечението, в т.ч. в болнични условия. 2. Дейностите и услугите в обхвата по т. 1.4 се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план. Вярваме, че горепосочените предложения ще бъдат разгледани и включени в Наредба № 9 Приложения: 1. Протокол от среща с представители на БЛС и НЗОК 1** 2. Паметна записка от проведена крила маса за опазване на имунното здраве  12-00-432 от 10.12.25 ЕС Имуноло  12-00-432 от 10.12.2025 протокол		
19. вх. № 33-12-54/11.12.25 г. в МЗ ЕС „Детска анестезиология и детска спешна и интензивна медицина“	Относно: проект за наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 10 декември 2019 за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса Уважаеми господин министър, Уважаеми господин зам.-министър, Във връзка с публикувания Проект за Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, Експертният съвет разгледа предложените промени в Приложение № 8, касаещи Клинични процедури № 3 и № 4, а именно: В § 4. В Приложение № 8 към чл. 1 „Клинични процедури” се правят следните допълнения: 1. В Клинична процедура № 3 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене“ а) В наименованието на процедурата накрая се добавя „при лица над 18 б) В т. 1.2 накрая се добавя „и от обхвата на медицинската специалност „Пневмология и фтизиатрия“. 2. В Клинична процедура 4 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене. а) В наименованието на процедурата накрая се добавя „при лица над 18 г.“ След анализ на текущата практика в лечебните заведения и приложимите клинични процедури, Експертния съвет по медицинска дейност „Детска анестезиология и		

	детска спешна и интензивна медицина“ при пълно единодушие, представя следното становище: 1. Необходимост от отпадане на текста „при лица над 18 г.“ от предложенията за изменение на КПр. 3 и КПр. 4 Много лечебни заведения в страната разполагат с общопрофилни интензивни отделения, в които се осъществява интензивно лечение както на вырастни, така и на деца. В редица ситуации деца в критично състояние постъпват първоначално в такива общопрофилни отделения, където се стабилизират, след което се транспортират към профилни педиатрични интензивни отделения, които разполагат с човешкия и материален ресурс, съответен на вырастта на пациента. 2. Ограниченията на КПр. 8 и КПр. 9 не позволяват всички лечебни заведения да ги прилагат Клинични процедури № 8 и № 9 поставят специфични изисквания относно: • наличието на специалисти по педиатрия, детска кардиология и детска нефрология; • наличие на специализирано оборудване, включително високочестотна вентилация, кувьози, терапия с азотен окис и др. Голяма част от общопрофилните интензивни отделения не разполагат с този човешки и материален ресурс и не могат да покрият критериите за профилно педиатрично интензивно отделение, съответно не могат да работят по КПр. 8 и КПр. 9. Предвид гореизложеното, въвеждането на възрастово ограничение „над 18 г.“ в КПр. 3 и КПр. 4 би довело до невъзможност за правилно и навременно оказване на интензивна медицинска помощ на деца в лечебни заведения, които традиционно извършват такава дейност до момента на трансфер към специализирано звено. Запазването на възможността деца да бъдат лекувани по КПр. 3 и Тр. 4 в общопрофилни интензивни отделения до стабилизиране и транспортиране е клинично обосновано, организационно необходимо и съответства на досегашната практика, гарантираща безопасност и достъпност на интензивната медицинска помощ. Експертният съвет предлага текстът „при лица над 18 да отпадне от предложенията за изменение на Клинични процедури № 3 и № 4 и да се запази възможностга по тези процедури да се лекуват лица под 18-годишна възраст, до момента на тяхното стабилизиране и евентуален трансфер към профилно педиатрично интензивно отделение.	Приема се.	Отразено в проекта на Наредба.
20. вх. № 26-00-3022/11.12.25 г. в МЗ	Относно: предложение за промени в наредба 9 за включване на кодове по клинични пътеки използвани по предназначение . Уважами г-н министър,	Приема се.	Отразено в проекта на Наредба.

Дружество по интервенционална кардиология (проф. Диана Трендафилова)	Въз основа на решенията от проведената среща на експертно ниво между представителите на НЗОК и БЛС по НРД на МД 2026-2028 г. специалност Кардиология, отразени в изготвения и подписан от участниците в срещата протокол бе предложено и прието от всички участници в срещата да бъдат включени следните кодове по клинични пътеки. **Като основни диагностични процедури към КП 17.1; КП 20.1 ; КП 25; КП 26; КП 28.** • Код 38207-00 - Оценка на коронарния резерв, чрез прилагане на специална катетърна методика FFR • Код 551 З 1-00 - Интраваскуларен ултрадвук на сърце IVUS • Код 11208-00 - Орбитална кохерентна томография OCT • Код 38256-00 и 38256-01 - електрод за временен пейсмейкър • Код- 38309-00 - орбитална атеректомия **Като основна терапевтична процедура към клинична пътека 20.1** • Код 38359-00 перикардиоцентеза Считаме, че нашето предложение ще бъде взето под внимание и ще бъдат предприети съответните действия за промяна в подзаконовата нормативна уредба. Прилагам копие на протокола от проведената среща. ***Приложено копие от Протокол от проведена среща между БЛС и НЗОК.*** Pismo_26-00-302211_12_2025_1.pdf		
21. вх. № 26-00-3007/09.12.25 г. в МЗ Дружество на кардиолозите в България.	Сърдечната недостатъчност (СН) е често срещано заболяване в обществото, със сериозни здравни и социално-икономически последици. Честотата на СН нараства в целия свят, като за България е втора причина за смърт след мозъчен инсулт и последствията от него. СН е първа причина за хоспитализация сред пациентите над 65 год. в развитите страни. Социално-финансовата тежест за здравните системи и за икономиките по света е значителна и се очаква да нараства все повече поради увеличаващата се честота. Един от начините за преодоляване на неблагоприятните ефекти на СН и за подобряване на лечението на болните е засилената амбулаторна грижа. Тъй като всяка една хоспитализация води до бързо влошаване на състоянието и влошава прогнозата на болните, то е необходимо да се приложат редица мерки за намаляване на рисковете от рехоспитализаця и неблагоприятен изход. Един от най-ефективните начини за това е диспансеризацията на болните със СН от специалист кардиолог, съгласно Наредба № 8 на МЗ. През 2016 год. с промяна в наредбата, диспансеризация на полиморбидните пациенти със сърдечни заболявания премина от кардиолозите към ОПЛ. Тогава бе записано като обещание, че на всички тези пациенти ще бъдат осигурени по 4 прегледа /два първични и два	Не се приема.	В наредбата са определени изискванията, касаещи дейностите по диспансеризация, които е необходимо да бъдат предприети от страна на изпълнителите на медицинска помощ-общопрактикуващият лекар или специалистът, в

	вторични/ и съответен брой ВСД с направление за кардиолог. Получи се, обаче, следното: Не всички пациенти със сърдечно-съдови заболявания бяха диспансеризирани при своя ОПЛ, съответно те не получават тези прегледи. Беше прекъснат прекият път на тежко болни и комплицирани пациенти към най-квалифицираните специалисти, които могат да се погрижат компетентно за тях, а именно към над 1300 български кардиолози. В същото време, трябва да се отчете, че групата на ОПЛ е нехомогенна - там има специалисти с вътрешни болести, педиатрия, обща медицина и други. Но през последните години развитието на медицината и в частност кардиологията показва значим скок в познанието и информацията в научен и практически аспект, така че на специалисти от друг профил е трудно да могат да го следват. В резултат, има увеличена обща смъртност, а сърдечно-съдова остава с най-голям относителен дял у нас. Увеличава се броят на хоспитализациите. Пациентите, приети за една година по КП № 29, лечение на обострена ЗСН, надмина 140 000. Освен това, болните постъпват във все по-тежко общо състояние, те много трудно се компенсират и често се връщат за рехоспитализация. Абсолютно несправедливо на кардиолозите се налага ограничение на високо квалифицирания им труд и възможността да подпомагат ОПЛ в грижата за тези много тежки и полиморбидни пациенти. Освен това, се прокрадва тенденцията ОПЛ да определят самостоятелно и да коригират терапията на тези пациенти, без да имат достатъчна компетенция за това. Това е несправедливо като отношението към тези болни, при които болестта влошава качеството и продължителността на живота им, за да бъдат те ограничавани в достъпа им до специалисти амбулаторно. На основание горе изложеното предлагаме: Промяна в условията за диспансеризация на пациентите със ССЗ, съгласно наредба № 8 на МЗ. **А. Възстановяване на правото на избор на пациента при кого да бъде диспансеризиран и наблюдаван – ОПЛ или кардиолог за всички пациенти със сърдечни заболявания.** **Б. Препоръчителна диспансеризация при кардиолог, при желание и записано срещу подпис и от двете страни, на всички пациенти със:** 1. Преживяна сърдечна операция или състояние след оперативно хирургично лечение – четири пъти годишно през първата година, два пъти годишно след това с 2 направления за ВСД след това (1 ЕхоКГ, 1 Холтер ЕКГ). 2. Доказана ангина пекторис /стенокардия/ или еквивалент с/без обструктивна КАБ, след ОКС, независимо от лечението, след ПКИ или сърдечна хирургия) – три пъти през първата година и два пъти годишно след това с 2 ВСД/годишно (1 ЕхоКГ и 1 стрес тест или Холтер ЕКГ). 3. Сърдечна недостатъчност III и IV ФК по NYHA.		зависимост от заболяването, с оглед осигуряване и предоставяне на предвидената квалифицирана медицинска помощ. Спецификата на амбулаторно наблюдаваните заболявания е съобразена и с конкретните компетентности на нивата на здравната система, като съответно на тях то се извършва в условията на извънболничната първична и специализираната помощ. Съществуващата организация и условия за провеждане на дейностите по диспансеризация на пациентите способстват за повишаване нивото на диспансеризация в ПИМП и в СИМП. Посредством въведените изисквания за провеждане на

	• Фракция на изтласкване <40%: Три диспансерни прегледа и 3 ВСД/годишно. • ФИ≥40%: два прегледа и 2 ВСД/годишно. Пациенти в първи и втори ФК по NYHA може да се диспансеризират при ОПЛ, но задължително да се предвиди поне един преглед годишно при специалист-кардиолог и едно ВСД/годишно. 4. Придобити клапни пороци /не оперирани/: Два прегледа годишно и едно ВСД/годишно. Придобити клапни заболявания след сърдечна интервенция – оперативна или транскатетърна: три пъти през първата година и два пъти годишно след това с 2 ВСД/годишно (1 ЕхоКГ и 1 стрес тест или Холтер ЕКГ). 5. Антикоагулантно лечение с вит. К антагонист, независимо от причината – поне 8 измервания годишно на INR. Да се наблюдават и пациенти на ДОАК, с поне 2 измервания на креатинин и eGFR или по-често при влошена бъбречна функция. 6. Миокардити, перикардити и кардиомиопатии (хипертрофична, амилоидна, рестриктивна, постпартална, дилатативна и др.) - два прегледа и 2 ВСД годишно. 7. Диспансеризация от детски кардиолог на пациентите с вродени пороци. Пациенти с вродени сърдечни малформации след 18 години: два прегледа и 2 ВСД/годишно, независимо дали са оперирани или не. Изброените групи пациенти да подлежат на препоръчителна диспансеризация при кардиолог, независимо от наличието на други диагнози, за които подлежат на проследяване от ОПЛ. Желанието за това трябва да бъде декларирано от пациента и от лекаря с подпис върху амбулаторния лист. Направленията за ВСД да могат да са на разположения изцяло на кардиолога, който да преценява те да се насочват към остри или хронични пациенти. II. Неявяването на пациента на съответния контролен преглед, не бива да бъде отговорност на кардиолога. При неявяването на два прегледа диспансеризацията на пациента може да бъде преустановена, ако не е налице уважителна причина. III. Заплащането за извършената дейност от специалиста кардиолог да бъде еднакво, без няма разлика дали пациентът е диспансеризиран или се явява с направление за консултация. Необходима е и актуализация на заплащането на ВСД , съпоставимо с клиничния преглед, цената на използваните апарат и необходимата квалификация за провеждане на изследването. Предписването на медикаменти от различни групи да остане приоритетно от кардиолозите, като в случаите, когато в конкретната аптека липсва определен		диспансерно наблюдение на ССЗ в ПИМП е осигурена възможност за насочване на пациента за консултативни прегледи и ВСД в СИМП по съответен алгоритъм и със съответната осигуреност на дейностите. СИМП извършват високоспециализирани дейности, отговарящи на придобитата квалификация и консултативни прегледи по определен алгоритъм, както и по преценка на ОПЛ при наличие на необходимост за пациента.

	медикамент, предписан от специалист-кардиолог, той трябва да прецени неговия заместител съобразно INN. Надявам се, че тези промени в диспансеризацията на болните със сърдечни заболявания ще доведе до по-добро и съвременно амбулаторно лечение и наблюдение на болните, със значима полза за подобряване на прогнозата и качеството им на живот, както и по-голяма удовлетвореност от извършената работа на специалистите по кардиология в амбулаторни условия.		
22. вх. № 33-19-11/11.12.25 г. в МЗ УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“	Относно: проект за наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса. Уважаеми господин министър, Уважаеми господин зам.-министър, Във връзка с публикувания Проект за наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, ръководството на болницата разгледа предложените промени в Приложение № 8, касаещи Клинични процедури № 3 и № 4, а именно: „§ 4. В Приложение № 8 към чл. 1 „Клинични процедури” се правят следните допълнения: 1. В Клинична процедура № 3 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене”: а) В наименованието на процедурата накрая се добавя „при лица над 18 г.”. б) В т. 1.2 накрая се добавя „и от обхвата на медицинската специалност „Пневмология и фтизиатрия“. В Клинична процедура № 4 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене”: а) В наименованието на процедурата накрая се добавя „при лица над 18 г.". След анализ на текущата практика в болницата и приложимите клинични процедури, ръководството на УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ ЕАД, представя следното становище: 1. Необходимост от отпадане на текста „при лица над 18 от предложенията за изменение на КПр. 3 и КПр. 4. Много лечебни заведения в страната разполагат с общопрофилни интензивни отделения, в които се осъществява интензивно лечение както на възрастни, така и на деца. В редица ситуации деца в критично състояние постъпват първоначално в такива общопрофилни отделения, където се стабилизират, след което се транспортират към профилни педиатрични интензивни отделения, които разполагат с човешкия и материален ресурс, съответен на възрастта на пациента.	Приема се.	Отразено в проекта на Наредба.

	2. Ограниченията на КПр. 8 и КПр. 9 не позволяват всички лечебни заведения да ги прилагат Клинични процедури № 8 и № 9 поставят специфични изисквания относно: • наличието на специалисти по педиатрия, детска кардиология и детска нефрология; • наличие на специализирано оборудване, включително високочестотна вентилация, кувьози, терапия с азотен окис и др. Голяма част от общопрофилните интензивни отделения не разполагат с този човешки и материален ресурс и не могат да покрият критериите за профилно педиатрично интензивно отделение, съответно не могат да работят по КПр. 8 и КПр. 9. Предвид гореизложеното, въвеждането на възрастово ограничение „над 18 г.“ в КПр. 3 и КПр. 4 би довело до невъзможност за правилно и навременно оказване на интензивна медицинска помощ на деца в лечебни заведения, които традиционно извършват такава дейност до момента на трансфер към специализирано звено. Запазването на възможностга деца да бъдат лекувани по КПр. 3 и КПр. 4 в общопрофилни интензивни отделения до стабилизиране и транспортиране е клинично обосновано, организационно необходимо и съответства на досегашната практика, гарантираща без опасност и достъпност на интензивната медицинска помощ. В тази връзка ние предлагаме текстът „при лица над 18 да отпадне от предложенията а изм ние на Клинични процедури № 3 и № 4 и да се запази възможността по тези продури да се лекуват лица под 18-годишна възраст, до момента на тяхното стабилизиране и евентуален трансфер към профилно педиатрично интензивно от ние.		
23. вх. № 09-00-264/12.12.25 г. в МЗ НЗОК	Относно: предложение на БЛС за включване на „Робот - асистирана процедура с перкутанен достъп“ в Наредба № 9 за пакета здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК/МЗ. В хода на преговорите за НРД за МД - 2026-2028г. между НЗОК и БЛС се обсъди включването на медицинска процедура „Робот - асистирана процедура с перкутанен достъп“ в Наредба № 9 за пакета здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, в обхвата на клинична пътека № КП 20 „Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания при лица над 18 години“. Предложението на БЛС беше представено пред НЗОК с писмо с вх. № в НЗОК 17-01-83/30.09.2025г. и Протокол от преговорите с вх. № в НЗОК РД-13-937/28.10.2025г. НЗОК счита, че в практиката на всички медицински специалности все повече навлизат роботизираните процедури, като същото важи и за инвазивната	Приема се.	Отразено в проекта на Наредба.

	кардиология. Въвеждането на роботизираната медицинска процедура в рамките на посочената КП ще подобри качеството на дейността по медицинска кардиология. Считаме, че тази КП следва да се договаря само с лечебни заведения с налична кардиохирургия в структурата им и с гарантирани възможности за задължително отразяване на процедурите в регистър за тях, който да бъде с определен достъп за НЗОК. Предвид гореизложеното е необходимо Вашето разпореждане да бъде генериран код за медицинска процедура „Робот - асистирана процедура с перкутанен достъп“ и включването му в Наредба № 9 на МЗ в диагностично-лечебния алгоритъм на КП № 20 „Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания при лица над 18 години“.		
24. вх. № 92-304/12.12.25 г. Национален алианс на хора с редки болести	Относно: проект на наредба за изменение и допълнение на наредба № 9 от 2019 г. за за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса. Националният алианс на хора с редки болести (НАХРБ) е неправителствена организация, ангажирана с проблемите на хората, страдащи от редки заболявания. Алиансът е създаден през 2007 г. от представители на 8 заболявания, за да защитава правата им и да съдейства за подобряване профилактиката, диагностицирането, лечението, рехабилитацията и качеството им на живот. Към 2025 г. НАХРБ е ангажиран с проблемите на 75 заболявания. Чрез дейността си се стреми да повишава информираността на обществото за нуждите на хората с редки болести. Взаимодействието със законодателните и здравни институции е насочено към осигуряване на адекватно и равнопоставено лечение и грижа за пациентите. В публикуваната за обсъждане Наредба № 9 не са включени предложените от Експертния съвет по клинична имунология, Националният експертен лекарски борд на БЛС по специалността клинична имунология, и Управителният съвет на БАКИ допълнения, а именно: **I. НАРЕДБА № 8 -** Включване на задължително профилактично изследване на серумното ниво на имуноглобулини G, M,A за ранна диагноза на антителни дефицити в Наредба 8/2016 за профилактични прегледи и диспансеризация. **II**. В публикуваната за обсъждане Наредба № 9 не са включени предложените изследвания, както и няма специфични мотиви защо това не е направено. В мотивите на МЗ е отбелязано, че в обхвата на първичната медицинска помощ по Приложение № 1 „Първична извънболнична медицинска помощ“, за профилактика на заболяванията и изпълнение на специфични профилактични дейности за пациента и неговото семейство за превенция на инфекциозни болести и паразитози се добавя дейност по прилагане на целеви имунизации. Във връзка с това, имунния отговор след ваксиниране, както и срещу извънклетъчни бактерии, паразити и т.н.	Приема се частично.	Да се вземат предвид мотивите, изложени по отношение на предложението по т. 18 по-горе.

се осъществява с участието на имуноглобулините. Ето защо е задължително да се изследва нивото на имуноглобулините поне еднократно в детска възраст с цел по-ефективна превенция.

Настояваме определяне на общи имуноглобулини G,M,A в серум (кодове 09.02; 09.03; 09.04)***, еднократно, на 3 годишна възраст,*** да **бъде включено в Приложение № 1 към Наредба № 8/2016 г.**

В Наредба №9 да бъде включен текст:

Заключителни разпоредби

§ 8. В Наредба 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (обн., ДВ, бр. 92 и 93 от 2016 г.; изм. и доп., бр. 27 от 2018 г.; изм. с Решение № 3549 на Върховния административен съд от 2018 г. – бр. 29 от 2018 г.; изм. и доп., бр. 2 от 2019 г., бр. 39 от 2021 г., бр. 48 и 103 от 2022 г., бр. 3 от 2024 г. и бр. 15 от 2025 г.) се правят следните изменения и допълнения:

1. В приложение № 1 към чл. 7, ал. 1 „Вид и периодичност на профилактичните прегледи и изследвания съобразно възрастта на децата“ се добавя ред:

Код по МКБ 10	*Наименование*	*Възраст на детето*	*Профилактичен преглед*	*Периодичност на прегледа*	*Консултативни прегледи*	*Периодичност на консултативните прегледи*	*Медико-диагностични дейности*	*Периодичност на МДИ*
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*
Z13.0	Специално скринингово изследване за болести на кръвта и кръвотворните органи и някои	3-годишна възраст					Определяне на общи имуноглобулини G, M, A в серум	Еднократно на тригодишна възраст

	разстройства, включващи имунния механизъм.							

Включване на нова терапевтична амбулаторна процедура (АП) ”**Заместително лечение при вторични хипогамаглобулинемии при лица над 18 г. възраст”.**

Предлагаме в Наредба №9 да бъде създадена нова Амбулаторна процедура:

Заместително лечение при вторични хипогамаглобулинемии при лица над 18-год. възраст

1. Обхват:

1.1. Амбулаторната процедура включва диагностични и лечебни дейности и услуги, предоставяни на задължително здравноосигурени лица с **D84.8** по МКБ-10.

1.2. Амбулаторната процедура включва дейности и услуги по т. 1.1 от обхвата на медицинската специалност „Клинична имунология“, осъществявана съгласно медицински стандарт „Клинична имунология“.

1.3. Основни процедури:

1.3.1. Основни диагностични процедури: 91910-04, 91910-05; 91910-19; 91910-17; 91910-08; 91923-01; 91923-02; 91923-03.

1.3.2. Основни терапевтични процедури: 13706-05.

1.4. Диагностични и лечебни дейности и услуги в хода на амбулаторната процедура:

1.4.1. обща оценка на състоянието на пациента:

1.4.2. извършване на физикални прегледи на обективното състояние;

1.4.3. извършване на необходимите медико-диагностични изследвания;

1.4.4. организиране на консултативни прегледи и други специализирани дейности при необходимост;

1.4.5. определяне на план на лечение и контрол на терапевтичното поведение;

1.4.6. медицинска експертиза.

1.4.7. Приложение на човешки имуноглобулин.

1.5. Диагностични и лечебни дейности и услуги при приключване на амбулаторната процедура:

1.5.1. Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на процедурата въз основа на:

1.5.1.1. извършени медико-диагностични дейности;

	1.5.1.2. предоставен резултат от извършено изследване. 1.5.2. Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на процедурата, в т.ч.: 1.5.2.1. контролни прегледи в лечебното заведение; 1.5.2.2. последваща диагностика и продължаване на лечението, в т.ч. в болнични условия. 2. Дейностите и услугите в обхвата по т. 1.4 се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план. Предложенията са заложени в Националната здравна стратегия 2030 Приоритет 1 за изграждане на по-здрава нация и в частност профилактика на имунното здраве и превенция на имуномедиираните болести. Очакваният резултат от създаването на стабилна нормативна база, е подобряване качеството на живот на пациентите с , както и минимизиране на нуждата от хоспитализации. От своя страна това ще доведе до по ефективен контрол на заболяванията. Искрено се надяваме, че предложенията ще бъдат взети под внимание!		
25. вх. № 20-03-109/12.12.25 г. УМАБЛ Света Марина – Варна (проф. Силвия Андонова)	Относно: проект на наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса Уважаеми господин министър, Във връзка с публикувания на интернет-страницата на Министерство на здравеопазването проект за наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, изразяваме следното становище: След запознаване с от публикувания Проект за Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на националната здравноосигурителна каса, проф. д-р В. Иотова, дмн, началник на Направление „Педиатрия“ в УМБАЛ „Света Марина“ ЕАД, е силно обезпокоена от предлаганите промени, свързани със следното: 1. В параграф 4 на Приложение № 8 към чл. 1 „Клинични процедури” се предлагат следните допълнения, а именно: • в Клинична процедура № 3 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене”. в наименованието на процедурата накрая се добавя „при лица над 18 г.“ • в Клинична процедура № 4 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене”. в наименованието на процедурата накрая се добавя „при лица над 18 г.“	Приема се.	Отразено в проекта на Наредба.

	Базирайки се на богатия си опит и практика, проф. Иотова намира за правилно да отпадне текста „при лица над 18 г.“ от предложенията за изменение на Клинични процедури № 3 и № 4. Аргументите за това са свързани с обстоятелствата, че голяма част лечебните заведения както в нашия регион, така и в страната, ще бъдат поставени в невъзможност да изпълнят завишените изисквания на предлаганите нови Клинични процедури № 8 и № 9. Тези нови клинични процедури ще могат да се извършат само в лечебни структури, разполагащи с целия набор от педиатрични специалисти и консултанти от всички останали специалности. Освен това, тези процедури касаят диагностични и лечебни дейности при деца от 0- до 18-годишна възраст с комплексни, хронични обострени състояния и все по-често при редки болести. Областните лечебни заведения нямат нито такива компетентности, нито изискуемите апаратура и лаборатория. В тях, обаче, е важно да има възможност за първоначален прием и стабилизация на такива пациенти, дори и то да е свързано само с последващ трансфер до лечебно заведение от по-високо ниво на медицински грижи. До момента общопрофилните интензивни отделения успяват да окажат съответната медицинска помощ по алгоритмите на Клинични процедури № 3 и № 4 и е необосновано, даже рисковано, деца в критично състояние, постъпили първоначално в такива общопрофилни отделения, да се налага да се транспортират към профилни педиатрични интензивни отделения, които разполагат с човешкия и материален ресурс, съответен на възрастта на пациента. Редно и логично е тези общопрофилни интензивни отделения да могат да продължат да обслужват малките пациенти с внезапно настъпили застрашаващи живота състояния, поне до момента на тяхното стабилизиране и евентуален трансфер към профилно педиатрично интензивно отделение. От друга страна, предлаганите промени ще доведат до концентриране на такива пациенти с нужда от интензивно лечение само в една болница на голяма географска територия, което е практически невъзможно и би създало множество проблеми, както за лечебните заведения, така и за най-малките пациенти, застрашавайки по този начин живота и здравето им поради ограничения брой легла в съответните структури. В допълнение към изложеното следва да се има предвид, че детското здравеопазване е под особена закрила и всяка промяна в тази област следва да бъде насочена най-напред към интереса на опазването на живота и здравето на най-малките пациенти. Предвид гореизложеното, предлагаме текстът „при лица над 18 г.“ да отпадне от предложенията за изменение на Клинични процедури № 3 и № 4, за да се запази възможността по тези процедури да се лекуват лица под 18-годишна выраст, поне до момента на тяхното стабилизиране и евентуален трансфер към профилно педиатрично интензивно отделение при необходимост.		

26. вх. № 15-00-283/12.12.25 г. в МЗ Българска асоциация за закрила на пациентите	Относно: Във връзка с обществена консултация по изменение и допълнение на Наредба № 9 за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса и необходимостга от регламентиране на биомаркерната диагностика, правим предложения за изменения и допълнения в Амбулаторна процедура № 43 (АПР 43), включена в МДД в ЗБНЗОК за 2026 г., както и предложения за изменения в Амбулаторна процедура № 50 (АПР 50), по която са необходими изменения за точно кодиране и за реалното отчитане на дейността в лечебните заведения. Уважаеми г-н министър, В рамките на действащата процедура за обществено обсъждане на проект за изменение и допълнение на Наредба № 9, на основание чл. 26, ал. 1 и 2 от Закона за нормативните актове, поради приемане в ЗБНЗОК на финансиране в размер на 2 556 500 евро „биомаркерна диагностика“ в медико-диагностична дейност (МДД) е крайно наложително да се внесат промени в АПР 43 и АПР 50. 1. Изменения и допълнения в Амбулаторна процедура № 43. Представяме следните предложения за въвеждане на нови дейности и диагностични кодове по съществуваща Амбулаторна процедура 43 (АПР 43), чиято индикация за провеждане е отчитането само при осъществяване на контролна дейност на НЗОК/РЗОК съгласно чл.72 и чл.73 от 330. Към съществуващият текст „Дейностите по АПР 43 се осъществяват и заплащат на лечебни заведения с лабораторни структури, в които се извършват едновременно дейности по спецшиностите по обща и клинична патология и медицинска генетика, акредитирани и/или в процес на акредитиране по ISO 15 189” Считаме, че следва да отпадне текста „или 6 процес на акредитиране”, и да се добави „и/или който е преминал успешно външен контрол от международно акредитирани институции“. Т.е. да се приеме текста: „Дейностите по АПР 43 се осыществяват и заплащат на лечебни заведения с лабораторни структури, в които се извършват едновременно дейности по специалностите по обща и каинична патология и медицинска генетика, акредитирани по ISO 15189 и/или който е преминал успешно външен контрол от международно акредитирани институции“. Не се изпълняват и изискванията, че предлаганите изследвания и предоставените резултати да са изчерпателно изброени; съгласно кои международни стандарти за качество се покриват критериите за външен качествен контрол на сертифициращи органи от ЕС, Великобритания или САЩ. Предлаганите резултати за извършена биомаркернадиагностика, което е основание на НЗОК да извърши финансиране по КП и извън тях за лечението на всички онкологични пациенти, което за 2025 г. струваше на НЗОК 1,07 млрд. лв., но реално не попада под контролната дейност и не осигурява на потребителите/пациенти, че	Не се приема.	Амбулаторна процедура № 43 от Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурител на каса, предоставя възможност за провеждане на различни по вид изследвания за предиктивни и прогностични биомаркери при онкологични заболявания. Предложените текстове целят конкретизиране на вида и условията за изпълнение на биомаркерната диагностика, диагностично-лечебен алгоритъм, който съгласно чл. 55 от Закона за здравното осигуряване е обект на Националния рамков договор за медицинските дейности.

	извършените биомаркерни диагностични изследвания покриват качеството и критериите на сертифициращи органи в ЕС, Великобритания кли САЩ. Считаме, че първа стъпка в тази насока е да се направят промени в АПР 43, за да не бъде тя единствено „контролна" АПр, която по същество нищо не контролира, а да се превърне в работеща, даваща достоверни резултати и предопределяща лечението, коего е най-подходящо за пациентите и ЗОЛ. Съществуващите разпоредби и кодове в Наредба № 9 не отразяват пълния обем дейности, които се извършват предиктивни и прогностични биомаркери при онкологични заболявания, за което е предназначена АПР 43. Това води до непълно документиране на медицинската дейност, различни тълкувания и затруднения при отчитането към НЗОК. Темата за биомаркерната диагностика е от особен обществен интерес и е свързана с изключително важни въпроси за осигуряване на пациентския достъп до съвременна, навременна и необходима диагностика, а също така е и условие за получаване на лечение в случаите, в които това се изисква за назначаване на определена терапия. Ето защо предлагаме кодове за определени биомаркерни изследвания, които са в унисон с регистрираните в България таргетни и имунотерапии за онкологични заболявания, приложението на които изискват задължително провеждане на тези изследвания, преди започване на лечението, изцяло финансирано от НЗОК. Кодирането е в синхрон и със сега съществуващата система за кодове на изследванията в амбулаторните процедури. Отделните кодове са необходими, защото различните тестове по различните методики и за различните локализации, имат и различна крайна стойност. Необходимостга от отделни кодове за всяко биомаркерно изследване е категорична. За сравнение, в новата АПР 50, която има доста ограничено действие, има два различни биомаркерни теста, които са с два отделни кода. Предлагаме в АПР 43 следните кодове: • **92189-01** — „Имунохистохимично (ИХХ) изследване на нивото на PD-L1 експресия при пациенти с НДРБД." • **92189-02** — „Панелно изследване чрез секвениране от следващо поколение (NGS) при пациенти с локално авансирал и метастазирал стадий, включващо следните биомаркери: ALK, EGFR, ROS1, KRAS G12C,RET, MET, NTRK, EGFR ex.20ins, BRAF, V600, ERBB2 (HER2) при пациенти с НДРБД." • **92189-03** — „Имунохистохимично (ИХХ) изследване за ALK пренареждане при ПациеНП1 с НДБРД." • **92189-04** — „Изследване с PCR методика за EGFR генна мутация при пациенти с ранен стадий на НДРБД."		В обхвата на амбулаторна процедура № 50 е включено изчерпателно геномно профилиране (CGP) като най-широкоспектърен тест в сферата на онкологията. Предложенията се отнасят до въвеждане на изисквания за вида и условията за изпълнение на биомаркерната диагностика, които съгласно чл. 55 от Закона за здравното осигуряване са обект на Националния рамков договор за медицинските дейности.

	• **92189-05** — „Изследване чрез секвениране от следващо поколение (NGS) за gBRCA1/2 генна мутация при пациенти с РМЖ в ранен или метастазирал стадий.“ • **92189-06** — „Изследване с qPCR методика за PIC3CA генна мутация при пациенти с РМЖ“. • **92189-07** — „Имунохистохимично (ИХХ) изследване за определяне на ER/PR статуса при пациенти с доказан HER2-негативен тумор при РМЖ.” • **92189-08** — „Имунохистохимично (ИХХ) изследване на нивото на PD-L1 експресия при пациенти с доказан тройно-негативен метастатичен РМЖ.” • **92189-09** — „Имунохистохимично (ИХХ) изследване за определяне на висока микросателитна нестабилност (MSI-H) или дефекти в системата за поправка на ДНК (dMMR) при пациенти с КРК.” • **92189-10** — „Изследване с qPCR методика за RAS (KRAS/NRAS/BRAF) генни мутации при пациенти с метастатичен КРК” • **92189-11** — „Изследване чрез секвениране от следващо поколение (NGS) за установяване на дефицит на хомоложна рекомбинация (HRD) при пациентки, диагностицирани с авансирал овариален карцином.“ • **92189-12** — „Имунохистохимично (ИХХ) изследване за експресия на Фолат рецептор алфа (FRα) при пациентки с овариален карцином.“ • **92189-13** — „Имунохистохимично (ИХХ) изследване на нивото на PD-L1 експресия при пациенти с уротелен карцином. • **92189-14** — „Имунохистохимично (ИХХ) изследване на нивото на PD-L1 експресия при пациентки с цервикален карцином • **92189-15** — „Изследване чрез секвениране от следващо поколение (NGS) за gBRCA1/2 генна мутация при пациенти с метастатичен аденокарцином на панкреаса.' • **92189-16** — „Имунохистохимично (ИИ) изследване на нивото на PD-Ll експресия при пациенти с гастроезофагиален карцином.“ • **92189-17** — „Имунохистохимично (ИХХ) изследване за определяне на HER2 статуса на тумор при пациенти с езофагиален аденокарцином. • **92189-18** „Изследване чрез хибридизация in-situ (ISH) при пациенти с гастроезофагиален аденокарцином, чието HER2 изследване е нееднозначно (при ИХХ стойност 2+).” • **92189-19** — „Имунохистохимично (ИХХ) изследване на нивото на PD-L1 експресия при пациенти с карцином на стомаха. • **92189-20** — „Имунохистохимично (ИХХ) изследване за определяне на HER2 статуса на тумор при пациенти с карцином на стомаха.“		

	• **92189-21** - Изследване за хибридизация in-situ (ISH) при пациенти с карцином на стомаха, чието HER2 изследване е неоднозначно (при ИХХ стойност 2+).” • **92189-22** — „Имунохистохимично (ИХХ) изследване на нивото на PD-Ll експресия при пациенти с карцином на глава и шия”. • **92189-23** — „Изследване с РСК методика за BRAF генна мутация при пациенти с метастатичен меланом.“ • **92189-24** — „Имунохистохимично (ИХХ) изследване на андроген рецептор (AR) при пациенти с простатен карцином.“ • **92189-25** — „Изследване чрез секвениране от следващо поколение (NGS) за BRCA1 /2 генна мутация при пациенти с метастатичен, резистентен на кастрация простатен карцином.“ • **92189-26** — „Изследване чрез секвениране от следващо поколение (NGS) за NTRK1/2/3, BRCA1/2, IDH1 (R132) генни мутации и FGFR2 фузия при пациенти с локално авансирал и метастазирал холангиокарцином.”. • **92189-27** — „Изследване чрез секвениране от следващо поколение (NGS) за PDGFR alpha генна мутация при пациенти с неоперабилен и метастазирал гастроинтестинален стромален тумор (GIST).” **Мотиви:** Амбулаторна процедура № 43 в момента, по своя характер представлява контролна дейност, а не първична диагностика. За да бъде отчетена правилно, тя изисква: • ясно дефинирани елементи на дейността; • отделни кодове, които отразяват специфичните действия при проследяване; • възможност за коректно отчитане пред НЗОК, което в момента е ограничено от липсата на достатъчни кодове за отделните биомаркерни изследвания. Без предлаганите от нас кодове, НЗОК **не може обективно да заплаща** извършените дейности, тъй като основните кодове за биомаркерна диагностика изобщо не попадат в съществуващата структура на процедурата. Това създава пречки за лечебните заведения в болнична и доболнична медицинска помощ реално да я извършват, както и занижава отговорностга за отчетностга на реално извършената медицинска дейност. **Определянето на клинично значимите предиктивни и прогностични биомаркери следва да се извърши след анализ и при преценка за всеки код, да се посочи за кое заболяване е и какво следва след провеждане на изследването определяне на терапията, проследяване, промяна на терапевтичната схема или друго (например лъчетерапия или друга интервенция с решение на онкологичната комисия).**		

	Европейското дружество по медицинска онкология (ESMO) е разработило и публикувало още през 2018 г. класификация и скала за приложимост на различните молекулярни таргети в туморния геном (различни по вид единични мутации и генни пренареждания), които имат ютинична значимост и могат да бъдат адресирани (ESMO Scale for Clinical Actionability ofmolecular Targets). По същество скалата представлява Европейска онкологична рамка, която класира генните мутации в туморните юлетки на база на терапевтичния им потенциал, като цели максимално ясна интерпретация на резултата и прилагане на обективен и стандартизиран подход при избора на терапия от лекуващите лекари специалисти в съответствие с нуждата на всеки отделен пациент и вида на онкологичното му заболяване. Включването в реимбурсация на прогностични и предиктивни биомаркери не е просто въпрос на модерна медицина — то е икономически изгодно и клинично обосновано решение. Данните показват: • Клинична значимост с удължена преживяемост и по-ниска токсичност. Ясна рентабилност от гледна точка на годините с добро качество на живота (OALY) и здравна ефективност. • Намалени нежелани разходи чрез избегнато неефективно лечение. • По-добър и навременен контрол на разходените за лечение средства. • Актуализиране на списъка с биомаркери по локализации. • Въвеждане на ясни критерии за прилагане на таргетни NGS панели. • Гарантиране на качество чрез стандарти и акредитации. **II. Изменения и допълнения в Амбулаторна процедура № 50.** Вместо досегашния текст: „Секвениране от следващо поколение (NGS) при пациенти с новодиагностицирани онкологични заболявания”, да се измени и да стане**: „Секвениране от следващо поколение (NGS) при пациенти с онкологични заболявания, определени на база на критериите, выприети от Европейского Дружество по Медицинска Онкология (ESMO).“** **Предлагаме да се създаде нова точка — 12.1. в „Амбулаторна процедура № 50 се изпълнява в лаборатории в България, който е преминал успешно външен контрол от международно акредитирани институции, за качество и компетентност и обхващаща методите и процедурите, свързани с NGS анализа, както и в изпълнение на клаузите на Регулация (EU) 2017/746 за ин витро Диагностични Медицински Изделия (IVDR)“.** **Мотиви:** **1. Разширяване на клиничната приложимост** Ограничението „новодиагностицирани“ изключва значителна група пациенти, при които NGS е клинично необходимо — например при прогресия, рецидив,		

	терапевтична резистентност или при необходимост от уточняване на таргетна терапия. Премахването на този термин позволява процедурата да се прилага в съответствие със съвременната онкологична практика, както и е в унисон с принципите за недискриминация. **2. Хармонизация с международните стандарти (ESMO)** Въвеждането на препратка към препоръките и индикациите на ESMO гарантира, че NGS ще се извършва при ясно дефинирани клинични сценарии, базирани на доказателства и добри практики. Това предотвратява както свръхупотреба, така и недостатъчна употреба на изследването. **3. Обезпечаване на високо качество на лабораторните резултати** NGS е технология с висока сложност, изискваща строг контрол на качеството, валидирани стандартизирани методики и компетентен персонал. Изискванията лабораторията да е преминала успешно външен контрол от международно акредитирани институции са: • техническа компетентност • надеждност и проследяемост на резултатите • участие във външни системи за контрол на качеството • стандартизирани процедури за NGS • адекватна интерпретация на NGS данни и издаване документ с резултата, съдържащ стандартизирани реквизити. Това е критично важно, защото грешки в провеждането на NGS-базираното изследване и/или в интерпретацията на резултата, могат да доведат до неправилен избор на терапия, което да рефлектира пряко върху здравето и живота на пациента (за сведение: във всички държави от ЕС NGS клиничните анализи, използвани за онкологична биомаркерна диагностика, се позволяват само в ISO 15 189 акредитирани лаборатории). **4. Оптимално използване на ресурсите на НЗОК** Ограничаването на изпълнението до лаборатории с доказана компетентност намалява риска от: • некачествени изследвания • погрешни резултати • неправилни терапевтични решения Така се гарантира в по-голяма степен достоверност, проследимост и преживяемост от качествената първоначална и последваща диагностика, както и по-ефективно разходване бюджета на НЗОК. Уважаеми г-н министър, Предвид гореизложеното, на основание чл. 26, ал.1 и 2 от ЗНА и с оглед на изложените мотиви, желаем предложените промени в кодовете на АПР 43 и АПР 50		

	да бъдат включени в текущата процедура за обществено обсъждане на Наредба № 9, която е със срок до 15.12.2025 г.		
27. вх. № 20-03-110/12.12.25 г. в МЗ МБАЛ Св. Марина - Варна	Относно: проект на наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса. Във връзка с публикувания на интернет-страницата на Министерство на здравеопазването проект за наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, приложено Ви изпращам предложение във връзка с измененията и допълненията на Клинична пътека № 270 за лечение на инфекции на пикочо-полова система. Във връзка с представения проект за въвеждане на консервативна оинична пътека по Урология за лечение на инфекции на пикочо-половата система, след обсъждане в екипа на Клиниката по Урология представям на Вашето внимание следното становище. 1. Общ подход и принципна позиция: Клиниката по Урология споделя разбирането за необходимостта от: • оптимизиране на поведението при пациенти с инфекции на пикочо-половата система; • облекчаване работата на Спешно приемно отделение чрез ясни критерии за хоспитализация и профилно насочване; • подобряване на отчетността и финансирането чрез въвеждане на структуриран консервативен урологичен път. Нашите бележки са насочени към постигане на медицински, организационно и юридически издържан модел, без да се компрометира безопасността на пациентите и без да се стига до неоправдано натоварване на урологичното отделение с пациенти извън неговия основен профил. **П. Организационни и ресурсни съображения** **1. Натоварване на легловия фонд** Обхватът на проекта включва и състояния, подходящи за амбулаторно или краткосрочно наблюдение. Въвеждане на пътеката в този вид крие риск от свръххоспитализации на пациенти с неусложнени инфекции, което: • ограничава възможността за прием на планови, спешни и онкоурологични случаи; • влошава ефективността за използване на легловия фонд. **2. Липса на 24-часово физическо присъствие на уролог**	Приема се по принцип.	В КП № 270 „Лечение на инфекции на пикочо-половата система“ са въведени индикации за хоспитализация и изисквания към лечението на възпалително заболяване на пикочо-половата система, при наличие на клинични данни и данни от медико-диагностични изследвания.

	Към момента урологична помощ се осигурява при модел с лекар на разположение от дома, без 24-часово непрекъснато физическо присъствие на уролог в лечебното заведение. Предлаганата пътека обаче предполага • незабавна урологична оценка при пациенти с риск от сепсис или усложнени инфекции; • възможност за спешни инвазивни и образни интервенции. При запазване на действащия модел съществува реален риск от забавяне при диагностика и лечение, което е несъвместимо с принципите за качество и безопасност и би могло да създаде правен и репутационен риск за лечебното заведение. **3. Баланс между управленски интерес и клинична реалност.** Разбираме ползите за мениджмънта и Спешно отделение от ясно разписана консервативна пътека. Считаме обаче, че същата следва да бъде приета с ясно дефинирани индикации и при осигурени ресурси, за да не се превърне в механизъм за насочване към Урология на пациенти, при които водещият проблем не е урологичен. **Ш. Конкретни предложения за редакция** 1. Минимален болничен престой Предлагаме минималният болничен престой по пътеката да бъде 2 дни, вместо 3. **Мотив:** При голяма част от неусложнените инфекции уточняването на диагнозата, началната терапия и оценката на ефекта са възможни в рамките на 24—48 часа; по-дългият фиксиран престой води до неефективно използване на ресурса. 2. Кодове по МКБ-10 Предлагаме синхронизиране с КП 84 (Нефрология) и ясно разграничаване на профилите чрез използване на съответните кодове за възпалителни заболявания на бъбреците (N10, N11 .O, N11.1, N11.8, N11.9 и др.), за да се избегне припокриване и спор за компетентност. 3. Диагностични процедури — ЯМР Предлагаме включване на магнитнорезонансна томография (ЯМР) като възможна диагностична процедура при: • сложни или атипични кистични лезии; аномалии на пикочо-отделителната система. • съмнение за супурация или хеморагично съдържимо; • неясни находки от ехография и КТ. **Мотив: Целта е по-прецизна и коректна диагностика.**		

	4. Индикации за хоспитализация — прецизиране 1. Хоспитализация по консервативната клинична пътека се извършва при наличие на минимум две от изброените индикации, пряко свързани с тежка инфекция на пикочополовата система и/или усложнение след урологична манипулация/операция: Изразена болка в поясната област, над симфизата или в зоната на извършена урологична интервенция, персистираща или прогресираща въпреки започнато амбулаторно лечение. 2. Телесна температура 38.00 С за 2 24 часа с общоинтоксикационни оплаквания при доказана или подозирана уринарна инфекция в постпроцедурен период. 3. Клинични и/или лабораторни критерии за септично състояние при доказан урологичен източник на инфекция (персистираща или повтаряща се температура 38.0 0 С, хипотония, тахикардия, учестено дишане, промяна в съзнанието, повишени възпалителни маркери и др.), налагащи стационарно наблюдение и венозна терапия. 4. Данни за усложнена инфекция или обструкция от образни изследвания: хидронефроза/уростаза, пионефроза, бъбречен или перинефрален абсцес, емфизематозен пиелонефрит и др., налагащи урологично поведение. 5. Влошаване на бъбречната функция, свързано с инфекция и/или обструкция на пикочополовата система, включително в ранния постпроцедурен период. 6. Остър бактериален простатит — висока температура, тежки дизурични оплаквания, перинеална/супрапубична бола, задръжка на урина или изразени възпалителни показатели, изискващи венозна терапия, мониториране или изключване на простатен абсцес. 7. Постпроцедурни усложнения (след цистоскопия, поставяне/подмяна на стент или нефростома, ТУР, перкутанни, отворени, лапароскопски и робот-асистирани операции и др.) с болка, фебрилитет, кръвотечение, нарушен дренаж или друга находка, налагаща болнично наблюдение или корективна урологична намеса. 8. Силна палпаторна болезненост на тестиса и/или епидидима с едем на скротума, с данни за остро възпалително или исхемично състояние и/или неуспех на амбулаторно лечение. 9. Необходимост от венозна антибактериална терапия, мониториране или урологични инвазивни процедури, които по своя характер не могат да бъдат осигурени в извънболнични условия, включително при съмнение за аномалии на пикочо-отделителната система.		

	Мотив: Предложените индикации за хоспитализация целят стесняване обхвата на пътеката до случаи с реална медицинска необходимост и специфично урологично поведение. Формулираните критерии са конкретни, обективно проверими и подлежащи на документално доказване, което минимизира риска от субективно тълкуване, „разширително" приложение на пътеката, санкции при контролни органи (НЗОК, ИАМН) и спорове относно обосноваността на хоспитализациите. По този начин пътеката се обвързва с тежки уроинфекции, постпроцедурни усложнения и състояния, изискващи урологична експертиза, а не с общи или хронични оплаквания, характерни за други профили. Това предпазва урологичното отделение от неправомерно „претоварване" с пациенти извън неговата компетентност и едновременно демонстрира, че лечебното заведение хоспитализира по тази пътека само пациенти, за които стационарното урологично лечение е ясно медицински и юридически оправдано. **IV. Заключение** Клиниката по Урология **принципно подкрепя въвеждането** на консервативна клинична пътека за инфекции на пикочо-половата система като стъпка към по-добра организация, отчетност и улесняване на спешния прием, при условие че индикациите за хоспитализация са ясно разписани и съобразени с профила на специалността, така че да не се допуска неоправдано насочване на пациенти извън урологичната компетентност. Оставаме на разположение за допълнително прецизиране на текста. ВКЛ. АГ специалисти		
28. вх. № 63-00-253/15.12.25 г. в МЗ Сдружение за развитие на българското здравеопазване; Фондация Нана Гладуиш	Относно: Проект на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса. Уважаеми господин Министър, Поводът за настоящото становище е публикуваният Проект в Портала за обществени консултации на Министерски съвет с обявен период за обществено обсъждане от 14.11.2025 г. до 15.12.2025 г. с номер на консултацията 11921-K (https://strategy.bg/bg/publicconsultations/11921), касаещ изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса. От името на Сдружение за развитие на българското здравеопазване (СРБЗ), сдружение „Общност МОСТОВЕ", фондация „Нана Гладуиш – една от 8", Асоциация на пациентите с онкологични заболявания и приятели (АПОЗ) и сдружение „Заедно срещу саркома" изпращаме нашите предложения, касаещи двете амбулаторни процедури, чрез които се регламентира извършването на биомаркерна	Не се приема.	Да се вземат предвид мотивите, изложени по отношение на предложението по т. 26 по-горе.

	туморна диагностика при пациентите с онкологични заболявания – АПр 43 и новосъздадената АПр 50. Темата за биомаркерната диагностика е от особен обществен интерес и е свързана както с осигуряването на достъпа на пациентите до съвременна, навременна и необходима диагностика, която практически се явява и условие за получаване на лечение в случаите, в които резултатите от определени биомаркерни изследвания се изискват за назначаването на дадена терапия, така и с адекватния контрол от страна на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) над повече от 1 млрд. лв., разходвани годишно за онкологични лекарства. 1. По отношение на Амбулаторна процедура №43 - „Специфични изследвания при пациенти с онкологични заболявания“ Многократно през 2024 г. и 2025 г обръщахме внимание на слабостите в АПр 43, която е част от Приложение №7 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК („Наредбата“). До момента АПр 43 остава неработеща и неизползваема, като няма нито един пациент, чиито биомаркерни тестове да са били осъществени чрез нея. Както в настоящия Национален рамков договор (НРД) (2023 - 2025), така и в предишния (2020 - 2022) като прогнозен обем за изпълнението ѝ фигурира само един брой. В текста на АПр 43 фигурира само един код за всички възможни биомаркерни тестове, от които онкопациентите имат нужда, а алгоритъм за провеждането на тези тестове изцяло липсва: ● 92189-00 - Предиктивни и прогностични биомаркери при онкологични заболявания. Пациентските представители заедно с експерти лекари и юристи изготвихме вариант на АПр 43, който включва ясно структуриран алгоритъм за кои видове рак какви биомаркерни изследвания да се провеждат в зависимост от това какви са изискванията за приложението на даден вид прицелна (таргетна) или имунотерапия. Считаме, че на първо място и от критична важност е въвеждането на отделни кодове за определени биомаркерни изследвания. Предложението по-долу кодове са изцяло в унисон с регистрираните в България таргетни и имунотерапии за онкологични заболявания, които изискват провеждане на тези изследвания преди започване на лечението. Предлагаме прецизиране на биомаркерните тестове чрез общо 27 кода за 15 различни туморни локализации, като сме съобразили това и че понякога за дадена локализация се налага изследването на повече от един биомаркер/ набор от биомаркери чрез различна методика в зависимост от стадия на заболяването. Кодирането е синхронизирано и със сега съществуващата система за кодове на изследванията в амбулаторните процедури:		

	• 92189-01 – „Имунохистохимично (ИХХ) изследване на нивото на PD-L1 експресия при пациенти с НДРБД.“ • 92189-02 – „Панелно изследване чрез секвениране от следващо поколение (NGS) при пациенти с локално авансирал и метастазирал стадий, включващо следните биомаркери: ALK, EGFR, ROS1, KRAS G12C, RET, MET, NTRK, EGFR ex.20ins., BRAF V600, ERBB2 (HER2) при пациенти с НДРБД.“ • 92189-03 – „Имунохистохимично (ИХХ) изследване за ALK пренареждане при пациенти с НДБРД.“ • 92189-04 – „Изследване с PCR методика за EGFR генна мутация при пациенти с ранен стадий на НДРБД.“ • 92189-05 – „Изследване чрез секвениране от следващо поколение (NGS) за gBRCA1/2 генна мутация при пациенти с РМЖ в ранен или метастазирал стадий.“ • 92189-06 – „Изследване с qPCR методика за PIK3CA генна мутация при пациенти с РМЖ“. • 92189-07 – „Имунохистохимично (ИХХ) изследване за определяне на ER/PR статуса при пациенти с доказан HER2-негативен тумор при РМЖ.“ • 92189-08 – „Имунохистохимично (ИХХ) изследване на нивото на PD-L1 експресия при пациенти с доказан тройно-негативен метастатичен РМЖ.“ • 92189-09 – „Имунохистохимично (ИХХ) изследване за определяне на висока микросателитна нестабилност (MSI-H) или дефекти в системата за поправка на ДНК (dMMR) при пациенти с КРК.“ • 92189-10 – „Изследване с qPCR методика за RAS (KRAS/NRAS/BRAF) генни мутации при пациенти с метастатичен КРК“. • 92189-11 – „Изследване чрез секвениране от следващо поколение (NGS) за установяване на дефицит на хомоложна рекомбинация (HRD) при пациентки, диагностицирани с авансирал овариален карцином.“ • 92189-12 – „Имунохистохимично (ИХХ) изследване за експресия на Фолат рецептор алфа (FRα) при пациентки с овариален карцином.“ • 92189-13 – „Имунохистохимично (ИХХ) изследване на нивото на PD-L1 експресия при пациенти с уротелен карцином.“ • 92189-14 – „Имунохистохимично (ИХХ) изследване на нивото на PD-L1 експресия при пациентки с цервикален карцином“. • 92189-15 – „Изследване чрез секвениране от следващо поколение (NGS) за gBRCA1/2 генна мутация при пациенти с метастатичен аденокарцином на панкреаса.“ • 92189-16 – „Имунохистохимично (ИХХ) изследване на нивото на PD-L1 експресия при пациенти с гастроезофагиален карцином.“		

	• 92189-17 – „Имунохистохимично (ИХХ) изследване за определяне на HER2 статуса на тумор при пациенти с езофагиален аденокарцином.“ • 92189-18 – „Изследване чрез хибридизация in-situ (ISH) при пациенти с гастроезофагиален аденокарцином, чието HER2 изследване е нееднозначно (при ИХХ стойност 2+).“ • 92189-19 – „Имунохистохимично (ИХХ) изследване на нивото на PD-L1 експресия при пациенти с карцином на стомаха”. • 92189-20 – „Имунохистохимично (ИХХ) изследване за определяне на HER2 статуса на тумор при пациенти с карцином на стомаха.“ • 92189-21 - Изследване за хибридизация in-situ (ISH) при пациенти с карцином на стомаха, чието HER2 изследване е нееднозначно (при ИХХ стойност 2+).“ • 92189-22 – „Имунохистохимично (ИХХ) изследване на нивото на PD-L1 експресия при пациенти с карцином на глава и шия“. • 92189-23 – „Изследване с PCR методика за BRAF генна мутация при пациенти с метастатичен меланом.“ • 92189-24 – „Имунохистохимично (ИХХ) изследване на андроген рецептор (AR) при пациенти с простатен карцином.“ • 92189-25 – „Изследване чрез секвениране от следващо поколение (NGS) за BRCA1/2 генна мутация при пациенти с метастатичен, резистентен на кастрация простатен карцином.“ • 92189-26 – „Изследване чрез секвениране от следващо поколение (NGS) за NTRK1/2/3, BRCA1/2, IDH1 (R132) генни мутации и FGFR2 фузия при пациенти с локално авансирал и метастазирал холангиокарцином.“ • 92189-27 – „Изследване чрез секвениране от следващо поколение (NGS) за PDGFR-alpha генна мутация при пациенти с неоперабилен и метастазирал гастроинтестинален стромален тумор (GIST).“ Мотиви за въвеждане на допълнително кодове за биомаркерните изследвания в обхвата на АПр 43: Биомаркерните тестове, независимо дали се касае за изследването на един белтък в туморните клетки, на генетичен дефект в единичен ген или в панел от няколко различни гени, са необходимо изискване, за да се установи дали дадена прицелна или имунотерапия има смисъл и да бъде приложена при съответния пациент, т.е. за тази терапия е известно, че има обективно оценена чрез клинични данни клинична ефективност, ако пациентът е положителен за даден вид биомаркер. Други биомаркери, прогностични и предиктивни, е необходимо да бъдат изследвани, за да може лекуващият специалист да оцени обективно какви стъпки		

	относно лечебното поведение и проследяването на пациента в динамика да предприеме. Този принцип е част от препоръките за добра клинична практика. Отделните кодове, които ние предлагаме, са необходими, защото различните тестове по различните методики и за различните локализации, имат и различна крайна стойност. Както се вижда в текста по-горе, ние предлагаме детайлизиране на конкретни биомаркери на ниво белтък и на ниво ген и генни мутации при различни видове и стадии онкологични заболявания, за лечението на които в България НЗОК и в момента реимбурсира съвременни таргетни (прицелни) и имунотерапии. Това прецизиране ще послужи, за да може всеки биомаркерен тест да бъде впоследствие коректно обозначен и остойностен. Без тези кодове НЗОК не може обективно да заплаща извършените дейности, тъй като основните кодове за биомаркерна диагностика изобщо не попадат в съществуващата в момента структура на процедурата. Отделните кодове за различните биомаркерни изследвания са необходимо условие, защото всеки тест струва различна сума пари, прави се с различни реактиви, изисква специфична апаратура, софтуер и умения на съответните висококвалифицирани лабораторни специалисти, както и отнема различно време за изработка. Няма как всички видове биомаркерни изследвания да имат еднаква фиксирана стойност, тъй като това не отговаря на обективната истина от реалната лабораторна практика. По същата причина и в новосъздадената АПр 50 двата различни биомаркерни теста също са с два отделни кода. Промени в текста на АПр 43 и специфициране на различни кодове за биомаркерните изследвания се налагат и защото: • В никоя друга АПр не се включва потвърждаване на генетични дефекти (мутации) в туморния геном с друга методика, ако и когато това е необходимо. • В никоя друга АПр не се включва тестуване на единични мутации в само няколко гена чрез други утвърдени методики (например qRT-PCR или класическо секвениране по Sanger). • В никоя друга АПр не се включват и никакви биомаркерни изследвания, базирани на методиката имунохистохимия. • По никакъв начин новосъздадената АПр 50 не обхваща всички необходими методики за осигуряването на адекватна и навременна биомаркерна туморна диагностика, която да има достоверна предиктивна и прогностична стойност и/ или да служи за определяне на лечебното поведение. Необходимостта от отделни кодове за всяко биомаркерно изследване в АПр 43 е категорична. 2. По отношение на Амбулаторна процедура №50 - „Секвениране от следващо поколение (NGS) при пациенти с новодиагностицирани онкологични заболявания“		

	С обнародваната от МЗ на 14.11.2025 г. в Държавен вестник (ДВ) Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, беше създадена изцяло нова амбулаторна процедура – АПр 50. Чрез АПр 50 се регламентира секвенирането от следващо поколение (NGS) при пациенти с новодиагностицирани онкологични заболявания, като това обхваща две конкретни скъпи и на различна крайна стойност молекулярно-генетични изследвания: ● 91879-00 - Таргетно секвениране от следващо поколение (NGS) на панел гени; ● 91879-01 - Изчерпателно геномно профилиране (CGP). С настоящата си формулировка АПр 50 може да се изпълнява само за пациенти с новооткрити онкологични заболявания, което представлява тежка форма на дискриминация спрямо другите групи пациенти, например: ● Пациенти, които са боледували от рак, били са в ремисия и заболяването им се е върнало (т.е. при пациенти с релапс); ● Пациенти, които вече са диагностицирани, лекувани са или се лекуват, на които не им е правена съвременна биомаркерна диагностика; ● Пациенти, които са вече диагностицирани, лекувани са или се лекуват, имат някаква биомаркерна диагностика, но заболяването им прогресира и имат нужда от нови биомаркерни изследвания. Мотиви за адаптация на текста на АПр 50: С цел осигуряване на равен достъп до съвременните молекулярно-генетични анализи на туморната тъкан на всички нуждаещи се онкопациенти и чрез придържане към принципите за равнопоставеност и недискриминация, предлагаме думата „новодиагностицирани“ от текста на АПр 50 да отпадне. Недопустимо е АПр 50 да може да се ползва само за пациенти с новооткрити онкологични заболявания, защото така се дискриминират други групи онкопациенти по този признак (ново или вече диагностицирано заболяване). Биомаркерни изследвания се провеждат понякога неколкократно в хода на системното онкологично лечение, за да се адаптира терапията, тъй като туморните клетки имат способността да се изменят и да променят характеристиките на туморните образувания, които изграждат, а това от своя страна изисква промяна в терапевтичната схема.		
29. вх. № 33-02-34/15.12.25 г. в МЗ МБАЛ-НКБ	Във връзка с публикувакия проект за Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г, за олределяне на пакета от здравни дейности. гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, ръководството на МБАЛ - НКБ съвместно с началниците на детските интензивни структури в болницата	Приема се.	Отразено в проекта на Наредба.

	разгледахме предложените промени в Приложение № 8, касаещи Клинични процедури № 3 и № 4, а именно: „§ 4. В Приложение № 8 към чл. 1 „Клинични процедури“ се правят следните допълнения: 1. В Клинична процедура № 3 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене“: а) В наименованието на процедурата накрая се добавя „при лица над 18 г.“. б) В т. 1.2 накрая се добавя „и от обхвата на медицинската специалност „Пневмология и фтизиатрия“. 2. В Клинична процедура № 4 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене“: а) В наименованието на процедурата накрая се добавя „при лица над 18 г.“. След анализ на текущата практика в лечебните заведения и в частност на МБАЛ-НКБ и приложимите клинични процедури, бихме искали да изразим мнението, че при така направените предложения за добавяне на текста „при лица над 18 г.“ на КПр 3 и КПр 4 ще се ограничи възможността за прилагането им в голяма част от общопрофилните интензивни отделения, които не разполагат с човешки и материален ресурс, необходим за покриването не критериите за профилно педиатрично интензивно отделени, съответно няма да могат да работятпо КПр 8и КПр 9. Запазването на възможността децата да бъдат лекуваниипо Кпр 3 и Кпр 4 в общопрофилни интензивни отделения до стабилизиране и транспортиране е клинично обоснован, организационно необходимо и съответства на досегашната практика, гарантираща безопасност и достъпност на интензивната медицинска помощ. Прелагаме текстът „при лица над 18 г.“ да отпадне от предложенията за изменение на Клиничните процедури № 3 и № 4 и да се запази възможността по тези процедури да се лекуват лица под 18 –годишна възраст, до момента на тяхното стабилизиране и евентуален трансфер към профилно педиатрично интензивно отделение.		
30. Национално сдружение на общопрактикуващите лекари	Относно: Проект на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, публикуван на електронната страница на МЗ със срок за обществено обсъждане до 15.12.2025г. Уважаеми доц. Кирилов, I. Ваксинопрофилактика България е на едно от водещите места сред европейските страни по покритие със задължителни ваксини на децата до 18 години- над 94%, а при някой 95%. Не случайно, скорошната вълна от морбили не засегна нашата страна. Данните са	Не се приема.	В проекта на наредба е посочено, че думите „информационно табло, поставено на общодостъпно място в практиката, писмо, телефонен разговор,

	общодостъпни и лесно проверими. И това се дължи на добре свършената от специалистите по Обща медицина (ОПЛ). Препоръчителните имунизации при възрастни, както и при деца също са с траен ръст с изключение на ваксината срещу ЧПВ, за която има ред исторически натрупани логистични грешки. Но и при нея вече има значително нарастване на обхвата. Ето защо, не виждаме основания в предлаганите промени в Проекта, свързани с ваксините. 1. Невярно е твърдението в Мотивите, че е *„Прецизиран… и начина на планиране и уведомяване на лицата, подлежащи на имунизация или реимунизация, за вида и срока на имунизацията чрез един или повече от следните начини…“ и че „Посоченият ред съответства на определените в Наредба № 15 за имунизациите в Република България начини за информиране на подлежащите на имунизация лица от общопрактикуващите лекари“.* Всъщност „взетият“ от Наредба 15, чл.16 ал.1 т.4 текст е променен и подменен, тъй като удобно са пропуснати заключителните „…, и др.“ от оригиналния текст. Защо и с каква цел се ограничават всякакви други възможности, като например „Информационно табло“ и др., а са оставени само време- и разходоемки процедури? Отговорът е, за да бъдат затруднени изпълнителите на ваксинопрофилактика (тези, които я осигуряват на 95%), като по този начин биха били по-лесно и удобно санкционирани, а крайният резултат-отдръпване от процеса и по-лесна реализация на прехвърляне на част от него към други структури извън ПИМП. Това са основанията ни категорично да не приемаме промяната в този й вид. Ето защо, с цел синхронизиране и допълване на Приложение 1 Раздел V „Контрол на инфекциозни заболявания съгласно изискванията на съответните нормативни актове“ от Наредба 9, предлагаме да се впише оригиналния текст от Наредба 15 и още по-добре с болдваните допълнения: „ОПЛ от своя страна, уведомяват подлежащи на задължителни имунизации и реимунизации за вида и датата на поредната имунизация, по начин, който може да се удостовери (чрез възможностите на „Е-Здраве“ НЗИС, „Плюс мен“ МЗ, лицензиран пощенски оператор, по факс, на електронен адрес, чрез електронно съобщение на мобилен телефонен номер, писмена покана, подписан от пациента амбулаторен лист, в който е посочена датата за следващата имунизация и др. Медицинските специалисти в различните детски заведения и училища, както и педиатри задължително подпомагат ОПЛ в това информиране, като при всеки контакт с децата и родителите ги насочват за предстоящите имунизации) Така оформен текстът отговаря на изисквания за повишена информираност и интегритет на дейностите между различните, имащи отношение страни.		електронно съобщение“ се заменят с „чрез лицензиран пощенски оператор, по факс, на електронен адрес (e-mail), чрез електронно съобщение на мобилен телефонен номер, писмена покана, подписан от пациента амбулаторен лист, в който е посочена датата на следващата имунизация“ като е запазена възможността да се уведомяват и по друг начин чрез думите „и други“ в края на изречението, които се запазват. С проекта на нормативен акт се създава възможност за прилагане на задължителни имунизации и реимунизации на деца от лекар специалист по „Детски болести“ в извънболнична

	2. При посочения реализиран обхват, както и брой профилактични прегледи на децата не виждаме основание за прехвърляне на имунизациите, особено задължителните от специалисти по Обща медицина (ОПЛ) към специалисти по педиатрия. Считаме, че в т. III Профилактика на заболяванията, т. „1.2. по желание на родителя или настойника насочване на деца към лекар с придобита специалност по детски болести от лечебно заведение за специализирана извънболнична медицинска помощ за извършване на профилактичните прегледи и изследвания в случаите, когато общопрактикуващият (личният) лекар няма придобита специалност по детски болести“ трябва да отпадне или като компромисен вариант да се замени със следния текст: „(НОВА) 1.2. по желание на родителя или настойника насочване на деца към лекар с придобита специалност по детски болести от лечебно заведение за специализирана извънболнична медицинска помощ за извършване на профилактичните прегледи и изследвания в случаите, когато общопрактикуващият (личният) лекар няма придобита специалност по Обща медицина“ В мотивите към Проекта за това „Прехвърляне“ е записано: „Практиката към момента показва, че педиатрите, които провеждат профилактичните прегледи на децата, особено през първите две години, прилагат и задължителните имунизации и реимунизации, за които получават ваксини от съответната РЗИ. С въвеждането на тази дейност като част от задълженията на педиатрите, ще се подобри тяхната отчетност към НЗОК, както и вписването им в НЗИС като извършена медицинска дейност.“ Следва да се посочи какъв е броят на извършените профилактични прегледи на децата през първите две години спрямо извършените профилактични прегледи на същата възрастова група в ПИМП предвид факта, че за 2024г. профилактичните прегледи в ПИМП на деца до 2 годишна възраст са 594 238, а поставените ваксини са близо 600 000. ➢ Възниква и въпросът по какъв механизъм и на какво основание педиатрите получават ваксините от РЗИ и на какво основание извършват имунизациите? Ако основанието е: Чл. 15. (1) от Наредба 15: „Задължителните планови имунизации и реимунизации се извършват от: (2) По изключение задължителните имунизации и реимунизации могат да се извършват и от лекар във: 1. (изм. - ДВ, бр. 77 от 2012 г., в сила от 09.10.2012 г., изм. - ДВ, бр. 38 от 2017 г.) имунизационен кабинет на РЗИ; 2. лечебно заведение извън посочените в ал. 1.“		помощ само в случаите, когато те са насочени за профилактичен преглед от общопрактикуващ лекар, тъй като дейностите по имунопрофилакти ка са част от профилактичната дейност. Посочените мотиви относно реда за заявяване и отчитане не попадат в обхвата на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурител на каса. Съгласно чл. 16 от Наредба № 15 за имунизациите в Република България изготвянето на годишен план е в задълженията на общопрактикуващи те лекари, които са основните изпълнители на

	Т.е. ЛЗ извън БП и ПИМП, то тогава предложенията за промени са несъстоятелни и по никакъв начин няма да променят ситуацията. Освен това, по съществуващите нормативни правила, всяка една ваксина, независимо от това какъв специалист я поставя трябва да бъде отчетена към НЗИС, респективно НЗОК. И когато се поставя по време на профилактичен преглед, както е написано в мотивите, не следва да има проблем с отчитането й. ➢ Как специалистите педиатри ще планират и заявяват необходимите ваксини ако хипотетично допуснем, че въведе предлаганата в Приложение 2 на Наредба 9 промяна в т. 1.1 в раздел III? •Колегите в СИМП нямат листа с избрали ги пациенти •Кого ще уведомят за предстояща профилактика и ваксинация •Възможно е редуване на профилактични прегледи и поставяне на ваксини при специалист по Обща медицина и по педиатрия, което внася допълнително объркване Възможни резултати от това: •Дублиране на един и същи вид дейности •Дублирано планиране на необходимите биопродукти •Бракуване на биопродукти •Размита отговорност и спад във ваксиналното покритие При условие, че предлаганата в Проекта промяна в т.1.1 в раздел III на Приложение 2 бъде допусната, то следва да се коригира т. 1.4, касаеща уведомяването на подлежащите по идентичен с предлагания за Приложение 1 Пакет ПИМП начин. В заключение, въз основа на посочените аргументи и проблеми, настояваме предложената промяна в Проекта промяна в т.1.1 в раздел III на Приложение 2 да отпадне. 3. Предлагаме в т. 3 на Раздел V Приложение 1 на Наредба 9 да се допише ОПЛ могат да ваксинират по Национална програми и лица извън пациентската си листа (, която дейност се заплаща по програмата.		Имунизационния календар на Република България. Ваксини за задължителни имунизации и реимунизации се поставят от други лечебни заведения или имунизационни кабинети на Регионални здравни инспекции само по изключение, като в посочения случай, за което планиране е невъзможно. Редът за отчитане на извършени имунизации е в съответствие с Наредба № 15 и Наредба № Н-6 от 21 декември 2022 г. за функционирането на Националната здравноинформационна система и е приложим за всяко лечебно заведение, в т.ч. общопрактикуващ лекар и педиатър. Съгласно т.2.2 раздел III

			Профилактика на заболяванията на Приложение № 1 към Наредба № 9 общопрактикуващите лекари изпълняват дейности по национални здравни програми, финансирани от бюджета на Министерството на здравеопазването, съобразно съответните програми. В тази връзка в Наредба № 15 за имунизациите в Република България в чл. 7, ал. 4 е упоменато, че Министерството на здравеопазването и Националната здравноосигурителна каса издават съвместни указания за реда за осигуряване, доставяне, прилагане, отчитане и заплащане на ваксините по национални програми, в които и

			понастоящем са посочени изпълнителите на имунизации и целевите групи за имунизация. Към момента възможност за прилагане на препоръчителна имунизация по национална програма за лица извън пациентски списък на ОПЛ е допусната по Национална програма за първична профилактика на ракови заболявания, причинени от човешки папилома вирус (HPV) 2025-2030 г.
	II. Издавани документи Предлаганата промяна в Раздел V т. 6 на Приложение 1 ПИМП е с неясно формулиран текст: Т. 6 „Изготвяне на документи за здравословното и имунизационното състояние, необходими за детска ясла, детска градина/училище.“ В мотивите като основание за промяната е посочено, че поради въведените в НЗИС функционалности отпада „предоставяне на данни за извършени задължителни имунизации за възрастта и издаване на медицинска бележка за липсата на контакт със заразно болен“, но в същото време се вменява изготвяне на документи за имунизационния статус. Съответните заведения могат да получат данните през НЗИС.	Не се приема.	Съдържащата се в проекта обща разпоредба за издаване от ОПЛ на документи за здравословното и имунизационното състояние, необходими за детска ясла, детска градина/училище, покрива

	Документи, които са изискуеми поради правила на други ведомства и нямат връзка с профилактиката, диагностиката или лечението на децата, свързани с провеждане на организирани дейности и мероприятия, не следва да бъдат част от пакета на ПИМП, който се покрива от НЗОК. Ето защо, предлагаме т.6 да отпадне изцяло без да се заменя с предлагания текст.		необходимостта от наличието на такава уредба за случаите извън тези, които вече са решени с въведените в НЗИС функционалности и за които отпадна изискването ОПЛ да предоставя данни за извършени задължителни имунизации за възрастта и издаване на медицинска бележка за липсата на контакт със заразно болен. Необходимо е с промените в Наредба № 9 да не бъдат отнемани съществуващи права и възможности на гражданите и също така да бъдат съобразени едновременно техните потребности и поетапното създаване на възможност и ред за съответните институции да се

			ползват от функционалностите на НЗИС. При промяна в някой от тези фактори или в друг приложим нормативен акт, разпоредбата ще бъде прецизирана.
	III. Предлагани промени в Наредба 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията Не приемаме предложението: „7. В Приложение № 13 към чл. 22, ал. 1 „Вид и периодичност на дейности по диспансеризация при лица над 18 години“: а) на ред Е11 след ред Е03, навсякъде в колона 11 „Препоръчителен период на консултативните дейности в рамките на общата продължителност на наблюдението т. 1 „HbA1c> 8,0 %“ се заменя с „HbA1c> 7, 5 %“;“ Както и мотивите: „С оглед разширяване на достъпа на пациентите с неинсулинозависим захарен диабет до специализирана консултация и съвременни терапевтични решения, както и подобряване на метаболитния контрол и намаляване на усложненията се предлага консултацията с ендокринолог да се извършва при стойности на гликирания хемоглобин ≥7,5%.“ Мотиви: ➢Консултациите с ендокринолог при диспансерно наблюдение (макар и по преценка на ОПЛ) не подлежат на регулация. Т.е., специалистите по Обща медицина (ОПЛ) могат и насочват пациента, когато е необходимо. ➢Въпреки незадължителния им характер, допускаме, че над 1/3 от всички хора с ДМ2 биват насочвани към ендокринолог (една част по причина издаване на протокол за реимбурсирано лечение, но не преобладаващата). Точни данни могат да бъдат поискани. ➢Не е ясно как е определена тази унифицирана нова стойност на гликиран хемоглобин, при условие, че в съответните консенсуси силно се препоръчва индивидуалният подход, съобразен с двигателните, хранителни навици на пациента, възрастта, коморбидността и личните му предпочитания, което прави стойности на	Не се приема.	Предложената промяна в стойността на гликирания хемоглобин -≥7,5%, при която пациентите с неинсулинозависим захарен диабет, диспансеризирани от общопрактикуващ лекар да могат да се консултират с ендокринолог, е съгласно становище на Дружеството по ендокринология.

	гликиран хемоглобин при някои пациенти до 8.0% дори 8.5% и повече напълно приемливи. ➢Трябва да се има предвид, че трябва да бъдат максимално ползвани, допустимите според състоянието, възможности за лечение в максимално толерирани дози. Вместо разписаното в Проекта предложение, много по-уместно, ефективно и ефикасно би било ако се преразгледат правата на ОПЛ за самостоятелно назначаване на реимбурсна терапия на пациентите с ДМ2, която да включва и медикаменти от по-ново поколение, които през последните години вече са включени в „първата линия“ на избор при лечение. Това, разбира се, се отнася не само за лечението на ДМ2. IV. Други „Клинична пътека № 270 „Лечение на инфекции на пикочо-половата система“ 1. Обхват: 1.1. Клиничната пътека включва диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги, предоставяни на задължително здравноосигурени лица със заболявания по МКБ-10: N10, N11.0, N11.1, N11.8, N11.9, N13.6, N15.1, A18.1, N30, N30.0, N30.1, N30.2, N30.3, N30.4, N30.8, N30.9, N33.0*, O23.1, N34, N34.0, N34.1, N34.2, N34.3, A54.0, A56.0, N37.0*, N39.0, N41, N41.0, N41.1, N41.2, N41.3, N41.8, N41.9, A59.0, N51.0*, N45, N45.0 N45.9 B26.0*,N51.1*, A60.0, N48.1, N48.2, N48.6, N49.2, N49, N48.2, N49.0, N49.1,N49.2, N49.8, N49.9. 1.4.2. Диагностика и лечение на пациенти с възпалително заболяване на пикочо-половата система при наличие на клинични данни и данни от медико-диагностични изследвания за поне три от следните симптоми: болка в областта на бъбреците и/или над симфизата; дизурични оплаквания; симптоми на долни пикочни пътища; прояви на фебрилно-интоксикационен, консумативен, септичен и анемичен синдром; положително succussio renalis; левкоцитурия и/или бактериурия (микробиологично); промени в кръвната картина и биохимичните показатели за възпалителен процес; влошаване на бъбречната функция, евентуално положителна хемокултура и ехографска находка; съмнение за аномалии на бъбреците и пикочните пътища; силна палпаторна болезненост на тестиса и едем на скротума. N30 – Цистит N30.0 – Остър цистит N30.1 – Интерстициален цистит (хроничен) N30.2 – Хроничен цистит	Не се приема.	В КП № 270 „Лечение на инфекции на пикочо-половата система“ са въведени индикации за хоспитализация и изисквания към лечението на възпалително заболяване на пикочо-половата система, при наличие на клинични данни и данни от медико-диагностични изследвания. Включените в обхвата на пътеката заболявания е с с цел подобряване на достъпа до по-пълноценна медицинска грижа.

	N30.3 – Тригонит N30.4 – Радиационен цистит N30.8 – Други уточнени форми на цистит N30.9 – Цистит, неуточнен Създаването на тази клинична пътека е добро решение и възможност за множеството изброени заболявания. Но предвид честотата на Цистит, особено сред жените, както и въведения минимум от три симптома и възможностите за много добро повлияване от амбулаторно лечение, считаме, че включването на рубриката N30 е уместно да се преосмисли.		
31. вх. № 26-00-3024/11.12.25 г. в МЗ Проф. д-р Миглена Георгиева, д.м. педиатър, специалист по детска гастроентерология, хранене и диететика	Относно: Диагностика и отпускане на диетичен продукт „Безглутеново брашно“ при пациенти с глутенова ентеропатия (МКБ К90.0) Уважаеми дами и господа, Глутеновата ентеропатия (цьолиакия) е имуномедиирано заболяване на тънкото черво при генетично предразположени индивиди и засяга приблизително 0,5–1% от населението в европеидната популация. Това е най-честото хронично заболяване в целия свят. Навременната и точна диагностика е ключов елемент за предотвратяване на дългосрочните усложнения и за осигуряване на адекватно лечение. 1. Диагностика Първата стъпка в диагностичния процес включва определяне на анти-тъканна трансглутаминаза IgA, IgG и общ IgA. Това са стандартните скринингови изследвания, препоръчани от международните и европейски ръководства. Към момента тези тестове не се покриват като амбулаторни изследвания по НЗОК, което води до неоправдано натоварване на клинични пътеки и забавяне на диагностиката. Предлагаме скрининговите серологични изследвания да бъдат включени в пакета амбулаторни изследвания по здравна каса, за да се гарантира своевременното установяване на заболяването и равен достъп до диагностика в цялата страна. 2. Лечение и нужда от безглутенова диета След поставяне на диагнозата, основният и единствен ефективен терапевтичен подход е доживотното спазване на стриктна безглутенова диета. Това е от съществено значение за правилното физическо развитие, нервно-психическото и когнитивно функциониране на засегнатите деца, както и за профилактика на усложнения като остеопороза, анемия и автоимунни заболявания в по-късна възраст. 3. Отпускане на диетичния продукт „Безглутеново брашно“ Към момента продуктът се изписва по протокол, изготвян само в университетски детски клиники. Това поставя редица практически затруднения:	Не се приема.	Провеждането на скрининг трябва да отговаря на общоприетите световни критерии за включване в скринингова програма: •клинично и биохимично добре дефинирано заболяване •да бъде известна честотата на заболяването в конкретната популация •заболяването да има тежка клиника и висока смъртност •да има ефективно лечение •да има безопасен, надежден и прост лабораторен скрининг метод

	• пациенти без усложнения се налага да пътуват до ограничен брой болници; • ограничен достъп за семейства от отдалечени региони; • нередовното издаване на протоколи води до нарушаване на диетата и риск за усложнения. В същото време редица болнични заведения извън университетските притежават договори по клинични пътеки за лечение на глутенова ентеропатия. Така се създава несъответствие – специалистите могат да поставят диагноза, но не могат да лекуват като издават протокол за основния диетичен продукт. Не намираме за логично и това, че детските гастроентеролози в извънболничната помощ могат да извършват диспансеризация, но не могат да издават протокол, както това се прави за лечебни млека при алергия към белтъка на кравето мляко. Предлагаме: 1. Включване на серологичните тестове (tTG-IgA, tTG-IgG, серумен IgA и IgG) в амбулаторния пакет на НЗОК като стандартна първа стъпка в диагностиката. 2. Разширяване на списъка на лечебните заведения, които могат да издават протокол за „Безглутеново брашно“. о При хоспитализация – правото да има болницата, лекувала пациента по съответната КП. о При амбулаторно проследяване – протокол да може да се издава от детски гастроентеролог, гастроентеролог за възрастни или специалист по хранене и диететика в извънболничната помощ. 3. Отпадане на изискването за спазване на АПр 38 за повторно и поредно издаване на протокол за безглутеново брашно и даване възможност на специалистите по детска гастроентерология и възрастова гастроентерология на издават подобни протоколи. Тези промени ще подобрят достъпа до диагностика и лечение, ще намалят административната и логистична тежест върху семействата и ще гарантират оптимални грижи за всички деца с глутенова ентеропатия.		•скринингът да бъде икономически изгоден Осигурен е достъпа до издаване на протокол за безглутеново брашно
32. вх. № 94-4646/16.12.25 г. в МЗ Христо Христов	Относно: Обществено обсъждане на Проект на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса Във връзка с обявеното обществено обсъждане на проекта на наредба бих желал да представя следното становище и предложения. Критериите за достъп до интензивно лечение имат пряко значение както за медицинската практика, така и за разходването на публичен финансов ресурс. Поради това тяхното формулиране следва да отговаря в пълна степен на	Не се приема.	Не са отправени предложения по същество.

	изискванията на Закона за нормативните актове, включително по отношение на яснота, обоснованост и недопускане на противоречиво тълкуване. 1. Липса на оценка на въздействието по чл. 28 от Закона за нормативните актове Към проекта липсва реална оценка на въздействието по смисъла на чл. 28 от Закона за нормативните актове, включително анализ на очакваните резултати и на ефекта върху достъпа на пациентите до интензивно лечение. В мотивите не е представена информация относно броя лечебни заведения, които реално ще могат да прилагат Клинични процедури № 8 и № 9, нито оценка на отражението върху териториалната обезпеченост и навременността на интензивната медицинска помощ, особено в детската възраст. Ограничаването на приложението на Клинични процедури № 3 и № 4 до лица над 18 години, при едновременното въвеждане на Клинични процедури № 8 и № 9, създава реален риск лечебни заведения, които не могат да сключат договор по новите процедури, да бъдат фактически възпрепятствани да лекуват интензивно болни лица под 18 години, без този ефект да е предварително анализиран и обоснован. 2. Използване на оценъчни и прогностични формулировки В проекта широко се използват оценъчни и прогностични понятия („риск“, „потенциално“, „предполагаем“, „бързо прогресиращо“), които описват вероятност, а не налично, обективно установимо клинично състояние. Това не позволява еднозначна проверка въз основа на конкретни факти и не може да функционира като нормативен критерий за включване по клинична процедура, особено в контекста на финансиране с публични средства. 3. Обвързване на интензивното лечение с организационни характеристики На редица места интензивното лечение се дефинира чрез организационни критерии („не може да се прилага безопасно извън детско интензивно отделение“, „надхвърля възможностите на конвенционално отделение“), които зависят от структурата, ресурсите и организацията на конкретното лечебно заведение, а не от обективното състояние на пациента. Това е нормативно недопустимо и създава предпоставки за нецелесъобразно насочване на пациенти към интензивно лечение. 4. Включване на индикации, които не представляват самостоятелно показание за интензивно лечение В проекта са включени индикации, представляващи събития, експозиции, процедурни факти или организационни характеристики, без обвързване с обективни, измерими и проверими критерии за витална нестабилност или органна дисфункция. Такива са, например: – „близо до удавяне“ (т. 1.4.10.2.);		

	– „наскоро поставена трахеостома с или без необходимост от механична вентилация“ (т. 1.4.2.6.); – „вдишване на дим“ (т. 1.4.10.5.); – „изискване за по-чести небулизирани или инхалаторни лекарства“ (т. 1.4.2.9.); – „предполагаем или документиран сърдечно-съдов синкоп“ (т. 1.4.3.4.); – „необходимост от непрекъснато наблюдение, медицински грижи и/или сестрински грижи“ (т. 1.4.12.2.). Подобни формулировки размиват границата между интензивна и конвенционална болнична грижа и създават риск от нееднакво прилагане и затруднен контрол. Друг, конкретен пример за нормативно неприемлива формулировка – т. 1.4.3.15 Текстът на т. 1.4.3.15 („необходимост от лечение, което може да причини тежка остра анафилактична реакция“) не дефинира клинично състояние, не въвежда измерими и проверими критерии, не кореспондира с международно утвърдени стандарти за интензивно лечение. Поради това не може да бъде защитен медицински, като самостоятелна индикация за интензивно лечение. 5. Липса на нормативна приемственост Проектът се отклонява от утвърдения нормативен модел, приложен в действащите Клинични процедури № 3 и № 4, при който интензивното лечение е обвързано с ясно дефинирани, обективни и проверими критерии, групирани по вид клинични данни. 6. Необосновано включване на КСМП кодове. В проектите на Клинични процедури № 8 и № 9 като „основни процедури“ са включени КСМП кодове, които по своята същност отразяват клинична оценка, наблюдение или консултация, а не реално интензивно лечение: – 96010-00 – Клинична оценка на състоянието; – 96017-01, 96017-03 – Клинично и разширено клинично наблюдение; – 96018-00 – Проследяване на състоянието; – 96020-00 / 96020-01 – Повторна клинична оценка; – 96036-01 – Консултативна оценка. Посочените дейности не изискват интензивна среда, не представляват терапевтични интервенции и могат да бъдат извършвани в конвенционално болнично отделение. Допълнително са включени и кодове за високорискови медикаментозни интервенции без педиатрична спецификация, като 96200-11 – тромболитично лечение и 96199-11 – други сложни терапевтични процедури, които при деца се прилагат изключително рядко и при строго дефинирани показания.. Дублиране на код 92000-00 – баланс на течности; 7. „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене при деца“ да се замени с		

	„„Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене при лица до 18-годишна възраст“ 8. Необходимост от включване на обективни, проверими и измерими показатели. 1.4.1. Диагностика и интензивно лечение на пациенти със: 1.4.1.1. Витални белези: 1.4.1.1.1. Дихателна честота (RR), извън референтните граници за възрастта, както следва: – 0–3 месеца: RR ≤ 25/мин или ≥ 70/мин; – 4–11 месеца: RR ≤ 20/мин или ≥ 60/мин; – 1–4 години: RR ≤ 15/мин или ≥ 50/мин; – 5–11 години: RR ≤ 12/мин или ≥ 40/мин; – ≥ 12 години: RR ≤ 10/мин или ≥ 35/мин. 1.4.1.1.2. Документирана апнея, наблюдавана от медицинско лице, с продължителност съобразно възрастта или по-кратка апнея, асоциирана с поне един от следните обективни критерии: – кислородна сатурация < 90 %, – брадикардия под възрастово-коригираните референтни стойности; – респираторна ацидоза (pH < 7,30) и/или хиперкапния ($PaCO_2$ > 50 mmHg); – необходимост от вентилационна поддръжка. Възрастови критерии за апнея: а) 0–3 месеца – апнея ≥ 20 сек.; б) 4–11 месеца – апнея ≥ 15 сек.; в) ≥ 1 година – апнея ≥ 15 сек. или ≥ 2 апнеични епизода в рамките на 24 часа, изискващи медицинска намеса; 1.4.1.1.3. Цианоза, персистираща въпреки кислородотерапия. 1.4.1.2. Лабораторни и газоаналитични резултати: 1.4.1.2.1. Артериално парциално налягане на въглеродния диоксид ($PaCO_2$) ≥ 55 mmHg. 1.4.1.2.2. Артериално парциално налягане на кислорода (PaO_2) ≤ 60 mmHg при атмосферно дишане. 1.4.1.2.3. Индекс PaO_2/FiO_2 ≤ 200. 1.4.1.2.4. Киселинно-алкално състояние: pH ≤ 7.30 или : pH ≥ 7.50. 1.4.1.2.5. Серумен лактат ≥ 4 mmol/L или нарастващ лактат при серийно проследяване.		

	1.4.1.3. Данни за нарушена тъканна перфузия и хемодинамична нестабилност: 1.4.1.3.1. Систолно артериално налягане под критичните стойности за възрастта: – 0–1 месец: < 60 mmHg; – 1–12 месеца: < 70 mmHg; – 1–10 години: < 80 mmHg; – > 10 години: < 90 mmHg. 1.4.1.3.2. Средно артериално налягане под възрастовите норми: – 0–1 месец: < 45 mmHg; – 1–12 месеца: < 50 mmHg; – 1–10 години: < 55 mmHg; – > 10 години: < 60 mmHg. 1.4.1.3.3. Капилярно време за пълнене > 3 секунди. 1.4.1.4. Необходимост от интензивни диагностични и терапевтични мерки: 1.4.1.4.1. Необходимост от инвазивна или неинвазивна механична вентилация. 1.4.1.4.2. Необходимост от продължително подпомагане на дишането. 1.4.1.4.3. Необходимост от фармакологична хемодинамична поддръжка. 1.4.1.4.4. Необходимост от инвазивен хемодинамичен мониторинг, включително мониториране на сърдечен дебит и/или белодробно артериално налягане. 1.4.1.4.5. Необходимост от екстракорпорална респираторна и/или кардиореспираторна поддръжка (вено-венозна или вено-артериална ECMO, екстракорпорално отстраняване на CO_2). 1.4.1.5. Електрокардиографски и кардиологични данни: 1.4.1.5.1. Миокарден инфаркт и/или тежки аритмии с хемодинамична нестабилност или тежка застойна сърдечна недостатъчност. 1.4.1.5.2. Камерна фибрилация или камерна тахикардия. 1.4.1.5.3. Пълен атриовентрикуларен блок с хемодинамична нестабилност. 1.4.1.5.4. Нарушения на сърдечния ритъм, налагащи електрическа кардиоверсия или дефибрилация. 1.4.1.5.5. Необходимост от временно кардиостимулиране. 1.4.1.5.6. Белодробна хипертония, изискваща лечение с инхалаторен азотен оксид и/или интравенозна терапия. 1.4.1.5.7. Вродено сърдечно заболяване с кардиореспираторна нестабилност, доказана чрез ехокардиографски данни за нисък сърдечен дебит, значима камерна дисфункция или хемодинамично значим шънт, изискващи интензивно лечение.		
33. вх. № 15-00-282/11.12.25 г. в МЗ Сдружение Асоциация на	Сдружение Асоциация на пациентите активни в здравеопазването /АПАЗ/ е юридическо лице с нестопанска цел в обществена полза, което съгласно Устава си има основна цел осъществяване на широка обществена информираност и ангажираност за разрешаване проблемите на пациентите; защита на интересите на	Не се приема.	В наредбата са определени изискванията, касаещи дейностите по диспансеризация,

пациентите активни в здравеопазването /АПАЗ/	пациентите пред държавните и общински органи в страната, юридическите и физически лица за осъществяване на лечение според съвременните световни стандарти. В съответствие с определените в международните и българските стратегически и програмни документи, касаещи развитието на отделните направления на здравната политика, водени от интереса на пациентите, настоящите основни стремежи пред АПАЗ са: - преодоляване на неблагоприятните ефекти на сърдечната недостатъчност чрез засилената амбулаторна грижа; - подобряване на лечението на болните от сърдечна недостатъчност; - преодоляване на негативните социално-икономическите аспекти от сърдечна недостатъчност. Сдружение „Дружество на кардиолозите в България“, е юридическо лице с нестопанска цел, което поставя сред основните си цели подпомагане за постигане на съвременно здравеопазване, съдействие за провеждане на здравна реформа в интерес на обществото и решаване на проблемите в здравеопазването. Сдружението обединява лекарите, специалисти по Кардиология, които съвместно целят въвеждане в България на международно приетите принципи и норми в областта на кардиологията, изготвя становища по проекти за нормативни актове в сферата на специалността „Кардиология“. I. РЕГЛАМЕНТ (ЕС) 2021/522 НА ЕВРОПЕЙСКИЯ ПАРЛАМЕНТ И НА СЪВЕТА от 24 март 2021 година за създаване на програма за действията на Съюза в областта на здравето (програма „ЕС в подкрепа на здравето“) за периода 2021—2027 г. ясно очертава основните си цели и области на въздействие. Посочва се, че незаразни болести като сърдечно-съдовите заболявания са сред основните причини за увреждания и влошено здраве, пенсиониране по здравословни причини и преждевременна смърт в ЕС и причиняват значителни социални и икономически последици. Поставена е цел да се намали въздействието на незаразните болести върху отделните лица и обществото като цяло в ЕС и да се постигне намаляване на преждевременната смъртност от незаразни болести с една трета. Същият резултат е заложен като основна посока и пред Цели за устойчиво развитие на ООН. Регламентът въвежда ясни и императивни изисквания към разпределение на сумите като посочва, че най-малко 20 % от сумите се заделят за действията за насърчаване на здравето и профилактика на заболяванията – в това число и оказване на подкрепа за действия за профилактика на заболяванията, за насърчаване на здравето, за действия за подобряване на наблюдението, диагностиката и лечението на заразни и незаразни болести.		които е необходимо да бъдат предприети от страна на изпълнителите на медицинска помощ-общопрактикуващият лекар или специалистът, в зависимост от заболяването, с оглед осигуряване и предоставяне на предвидената квалифицирана медицинска помощ. Спецификата на амбулаторно наблюдаваните заболявания е съобразена и с конкретните компетентности на нивата на здравната система, като съответно на тях то се извършва в условията на извънболничната първична и специализираната помощ. Съществуващата организация и условия за провеждане на дейностите по диспансеризация на

	II. Сърдечно-съдовите заболявания са социално-значими заболявания и именно като такива биват очертани и в основните стратегически национални документи в сектор Здравеопазване у нас. Националната здравна стратегия 2030г., обнародвана в ДВ, бр. 37 от 26.04.2024г. представя дългосрочната визия за развитие на сектора на здравеопазването, стратегическите му цели и приоритети, както и конкретните политики за тяхното изпълнение. Като стратегическа цел 2 е дефинирано ефективно управление на ресурсите с фокус върху здравните резултати. Предвижда се максимално ефективно използване на ресурсите (човешки, материални и финансови), като се стреми да допринасят за постигане на възможно най- много здраве. Очертани са ясно приоритети, като под Приоритет 3 е предвидено прилагане на целенасочени стратегии за въздействие върху специфични проблеми на общественото здраве. Основен фокус на Приоритет 3 са прицелни политики и мерки в специфични области на въздействие, свързани с най-актуалните и тежки предизвикателства пред общественото здраве. Именно тук намират място и сърдечно-съдовите заболявания като социално-значими заболявания, спрямо които се цели подобряване на възможностите за превенция, диагностика, лечение и рехабилитация на сърдечносъдовите заболявания. Сред основните цели на тази политика е намаляване на заболеваемостта и смъртността от сърдечносъдови заболявания (ССЗ) с 30 % до 2030 г. Националната програма за развитие България 2030, приета с Протокол № 67 на Министерския съвет от 02.12.2020 г. ясно посочва, че статистическите основната причина за смърт в България са болестите на органите на кръвообращението, новообразуванията, болестите на дихателната, храносмилателната и ендокринната системи. Очертана е нуждата от подобряване на качеството на живот, ограничаване на тежестта на хроничните заболявания и по-добро управление на здравословното състояние. Като средства за постигане на заложеното, се предвижда периодично актуализиране на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, с цел разширяване на обема и обхвата на дейностите, осъществявани в болничната помощ и увеличаване на дейностите, които могат да бъдат осъществявани в амбулаторни условия; усъвършенстване на механизмите за остойностяване на медицинските дейности и обвързване на финансирането с резултатите от болничното лечение. III. В съответствие с националните и наднационални стратегии и изисквания и при стремеж за благоприятни условия на пациентите с ревматологични заболявания Сдружение АПАЗ, заедно със Сдружение "Дружество на кардиолозите в България"		пациентите способстват за повишаване нивото на диспансеризация, както и извършваните дейности в ПИМП и в СИМП. Посредством въведените изисквания за провеждане на диспансерно наблюдение на ССЗ в ПИМП е осигурена възможност за насочване на пациента за консултативни прегледи и ВСД в СИМП по съответен алгоритъм и със съответната осигуреност на дейностите. СИМП извършват високоспециализирани дейности, отговарящи на придобитата квалификация и консултативни прегледи по определен алгоритъм, както и по преценка на

	и Национален експертен лекарски борд по Кардиология към БЛС отправя аргументирано предложение за създаване на нова Амбулаторна процедура "ИЗВЪНБОЛНИЧНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ И ЛЕЧЕНИЕ С ХРОНИЧНА СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ/ОСТРА СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ СЛЕД БОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ" IV. Сърдечна недостатъчност е социално-значимо заболяване, което засяга над 64 милиона души по света, което го превръща в и се превръща в едно от най-съществените предизвикателства в медицински и социално-икономически аспект. Сърдечната недостатъчност (СН) е клиничен синдром, който се дефинира сърдечно страдание с наличие на типични симптоми и клинични белези, които са в резултат на структурни и/или функционални промени в сърцето в съчетание с повишени натриуретични пептиди или обективни доказателства за кардиогенен белодробен или системен застой. Повече от 15 милиона души в Европа живеят със сърдечна недостатъчност, като тенденцията залага ясни очакванията броят им да нараства в следващите десетилетия, предвид демографските промени и застаряването на населението. Симптомната сърдечна недостатъчност засяга между 0.4% и 2% от населението в Европа, като честотата ѝ нараства значително с възрастта. Заболяването се отличава и с потенциално висока смъртност. Въпреки напредъкът на медицинския подход и лекарствените продукти през последните години, намаляването на смъртността е умерено - едва с 27%. СН е причина за приблизително 2% от всички хоспитализции, като оглавява класацията за основание за хоспитализациите при лицата над 65 годишна възраст. Хроничният характер на СН я превръща в честа причина и за рехоспитализации – около 24% от всички болни ще постъпят отново в болница в рамките на 1-я месец след изписването а до края на 1-та година този риск нараства до 50%. Социално-финансовата тежест на здравните системи и на икономиката в цялост, тенденциозно се увеличава поради нарастващата честота на заболяването. През 2021 г. разходите за лечение на сърдечно-съдови заболявания в Европейския съюз са оценени на приблизително 282 милиарда евро. От тях 55% се изразходват за здравеопазване и дългосрочни грижи. Според прогнозите, икономическата тежест, свързана със сърдечната недостатъчност, ще продължи да расте. Данни от НЗОК разкриват тенденция към увеличаване на броя диагностицирани пациенти със сърдечна недостатъчност, както и на броя случаи, отчетени в здравната система за периода 2023–2024 г. Това потвърждава нарастващата социална и икономическа значимост на заболяването.		ОПЛ при наличие на необходимост за пациента. В Наредба № 8 са предвидени възможности за консултация с кардиолог.

Година	Пациенти със сърдечна недостатъчност	Увеличение спрямо предходната година	Регистрирани случаи	Прегледани пациенти (18–75 г.)	Прегледани пациенти над 75 г.
2023	60 160	—	70 472	46 785	28 886
2024	62 818	2 658	73 608	52 969	32 451

През 2024 г. броят на пациентите с диагноза сърдечна недостатъчност достига 62 818 души, което представлява увеличение с 2 658 спрямо 2023 г. (60 160 души) – нарастване около 4.4% за една година. Отчита се и повишение в общия брой регистрирани случаи на сърдечна недостатъчност. През 2023 г. са регистрирани 70 472 случая, а през 2024 г. - 73 608 случая. Това представлява ръст от 4.4%, което е показателно за хроничния и рецидивиращ характер на заболяването – пациенти с повторни хоспитализации или последващи амбулаторни прегледи.

В България липсват официални национални регистри, които да отразяват разпространението и смъртността при СН.

Медицински изчисления показват, че болестността у нас е между 1,94% до 2,5% с тревожно ниво на смъртност - около 17% от всички българи умират от СН. Това поставя сърдечната недостатъчност на второ място в структурата на смъртността у нас, като болничният леталитет достига 4,3%.

Сърдечната недостатъчност е едно от най-комплексните хронични заболявания в съвременната медицина. Необходим е системен подход за ранна диагностика, дългосрочно проследяване и интегрирана подкрепа за пациентите, която да отчита не само медицинските, но и социално-икономическите и психологическите аспекти на заболяването.

Всяка хоспитализация води до бързо влошаване на състоянието и влошава прогнозата на болните, което води до необходимост от прилагане на мерки за намаляване на рисковете от рехоспитализация. Налице са различни утвърдени практики оптимизация на лечението още преди изписването и преодоляване на клиничната и субклинична конгестия; идентифициране на сърдечните и несърдечни придружаващи заболявания, включително контрол на сърдечната честота и аритмиите; рано предвидени контролни прегледи от кардиолог след дехоспитализация в период 14 – 30 дни; обучение на болните и техните семейства.

	Сред най-ефективните методи обаче е засилена амбулаторна грижа, която подобряване на лечението на болните, което предпоставя създаване на амбулаторни кабинети за сърдечна недостатъчност. Специализираните амбулаторни грижи повлияват не само прогнозата на пациентите, но са налице и положителни социално-икономически резултати. Налице са медицински обосновани резултати в международен и национален план, които безспорно показват и доказват, че такава структурирана грижа в амбулаторни условия намалява смъртността, подобрява качеството на живот и редуцира рехоспитализациите. Към настоящия момент България е сред малцината държави, в които не се осигурява организирана систематично грижа. Съгласно чл. 81 Закон за здравето всеки пациент има право на своевременна, достъпна, качествена и достатъчна медицинска помощ. Комплексните грижи в амбулаторна среда ще осигурят именно това спрямо пациентите със Сърдечна недостатъчност. V. Проведено е специализирано социологическо изследване от Сдружение АПАЗ сред пациенти и лекари-специалисти по Кардиология. Значителна част от интервюираните пациенти споделят, че живеят с множество придружаващи заболявания – ендокринологични, нефрологични, гастроентерологични, както и допълнителни сърдечно-съдови усложнения. Тази клинична картина подчертава необходимостта от цялостно, дългосрочно и мултидисциплинарно проследяване на здравословното им състояние. На база на извършения анализ се откроява острата нужда от реимбурсиране на ключови медикаменти за лечение на сърдечна недостатъчност, както и на редица диагностични изследвания. Дълбочинните интервюта, проведени с лекари- специалисти по Кардиология, разкриват множество системни организационни бариери в управлението на сърдечната недостатъчност (СН) в България. Липсата на амбулаторни клиники и специализирани кабинети за СН ограничава възможностите за дългосрочно проследяване и комплексна грижа. Извънболничната помощ не е оптимизирана и комплексна, поради което голяма част от грижата за пациенти със СН се реализира в болнични условия. Сред основните затруднения и недостатъци, които се откриват при овладяване на СН, е липсата на самостоятелна амбулаторна процедура. Необходимостта от такава се основава на хроничния характер на заболяването, налагащо регулярни визити, контролни прегледи и медико-диагностични излседвания. VI. На 28.10.2025г. е проведена среща на експертно ниво между представители на НЗОК и БЛС относно НРД 2026 – 2028 г. по отношение на специалност Кардиология. Сред основните принципи на дейността на НЗОК е финансова отговорност и изграждане на политика спрямо социално значимите заболявания, сред които са именно сърдечно-съдовите. Експертите достигат до принципно съгласие за утвърждаване на нова Амбулаторна процедура „Извънболнично		

	проследяване и лечение с хронична сърдечна недостатъчност/остра сърдечна недостатъчност след болнично лечение". VII. На 14.11.2025г. е публикуван проект за изменение и допълнение на за изменение и допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса. Сред мотивите, обуславящи необходимостта от промяна е посочено, че проектът е изготвен във връзка с необходимостта от актуализация на вида и обхвата на дейностите, включени в пакета дейности на задължителното здравно осигуряване и от прецизиране на механизмите за ефективно използване и фокусиране на обществения ресурс за здраве върху изпълнението на политиките, заложени в Националната здравна стратегия 2030. Допълването на проекта на Наредба № 9 чрез Амбулаторна процедура „Извънболнично проследяване и лечение с хронична сърдечна недостатъчност/остра сърдечна недостатъчност след болнично лечение" е именно израз на обществена необходимост, финансово обусловена при съблюдаване на целите и приоритетите на Националната здравна стратегия 2030 и Националната програма за развитие България 2030. Подобен извънболничен механизъм за проследяване и лечение на пациентите със сърдечносъдова недостатъчност от една страна драстично ще повлияе състоянието на пациентите със СН, от друга страна обаче ще доведе до намаляване на хоспитализациите и оптимизиране на разходите на НЗОК чрез по-гъвкав модел на лечение. Амбулаторната процедура включва диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги, предоставяни на задължително здравноосигурени лица със заболявания по МКБ I50.1 или МКБ I50.0 II-IV NYHA функционален клас, изписани след болнично лечение, без значение каква е фракцията на изтласкване. Като с оглед постигане на оптимален резултат следва да включва 3 посещения в рамките на първа година след дехоспитализация. В диагностично-лечебния алгоритъм на новата АПр се предлага следния набор от диагностични изследвания: СЧ, АН, ТТ, Ръст, ВМІ, ЕКГ, Кръвна картина, креатинин, изчислен eGFR, йонограма (Na+, K+, Cl-), ПВ (при нужда), NTproBNP, ЕхоКГ, 6 минутен тест с ходене (при възможност да се извърши). В случай на необходимост по преценка на лекуващия лекар може да бъде извършена корекция на терапия според OPTIMIZE-HF Care Program (24). С оглед предоставяне на медицинска грижа на съответно необходимото ниво на компетентност при съблюдаване на медицинските стандарти, намираме за необходимо АПр да бъде реализирана в лечебни заведения за болнична помощ с		

	наличие на специалист по Кардиология и/или лекар-специалист по Вътрешни болести. Сред основните изисквания пред изпълнителите на медицинска дейност за изпълнение на АПр е същите да притежават възможност да извършат ехокардиография, ЕКГ и медико-лабораторна диагностика – чрез собствени структури и/или по договор. Стойността на АПр следва да е 350 лв./процедура, като същата следва да бъде разпределена следния начин: лабораторни изследвания – 45 лв.; NT-proBNP – 50 лв. (лабораторни или point-of-care); ЕКГ – 20 лв.; ЕхоКГ – 95 лв.; Заплащане на персонала (40% от цената) – 140 лв. Съгласно Национална програма за развитие България 2030 сред посочените в Раздел П12 Здраве и спорт сред Индикатори за изпълнение наименование а Дял на разходите за извънболнична медицинска помощ и рехабилитационни грижи спрямо общите разходи за здравеопазване у нас е 13.9% при целева стойност 25.0%. Според данните от Евростат в средната стойност в ЕС е 23.5%. /стр. 99-100/. Към настоящия момент стойността на КП № 29 „Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация“ е 1000 лева. Въвеждането на новата АПр категорично ще доведе и до финансово оптимизиране разходите на НЗОК. Съгласно предоставените данни от НЗОК налице са средно годишно 150 000 хоспитализации на пациенти със Сърдечна недостатъчност. Предвид характера на хоспитализациите и рехоспитализациите, с оглед оптимизиране на медицинските грижи, ¼ от посочените хоспитализации могат и следва да бъдат насочени към предлаганата нова АПр, т.е. около 25%. При съобразяване на процентното нарастване на пациентите със сърдечна недостатъчност и подобряване приложимостта на амбулаторната грижа за пациентие със СН, то се очертават следните тенденции за период от четири години: 2026 год. – 37 500 процедури; 2027 год. – 39 000 процедури; 2028 год. – 41 000 процедури; 2029 год. – 44 000 процедури. С оглед изложеното считаме, че са налице редица аргументи и мотиви за предприемане на допълнение в Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса по отношение на нова Амбулаторна процедура, изпълнителите на лечебна дейност, обхвата и заболяванията, при които същата се прилага, както и спрямо предвидените диагностични изследвания.		

34. вх. № 15-00-9/20.01.2026 г. в МЗ адв. Христина Николова – Председател на УС Асоциация на пациентите активни в здравеопазването /АПАЗ/	На 15.01.2026 г. по инициатива на АПБЗ се проведе среща с представители на Национален статистически институт, Национален център за обществено здраве и анализ, Български лекарски съюз, Българско дружество по нефрология и Национално сдружение на общопрактикуващите лекари в България. Поводът за срещата беше обнародваната Наредба за изменение и допълнение на Наредба No42/2004г за въвеждане на класификационни статистически системи за кодиране на болестите и проблемите, свързани със здравето, и на медицинските процедури. С направеното изменение на наредбата са въведени няколко допълнения в кодовете, касаещи Хроничното бъбречно заболяване /ХБЗ/, така както са посочени от специалистите нефролози. Това нормативно допълнение е огромно постижение за българските пациенти и специалистите, които ги диагностицират и лекуват. За съжаление срокът, в който се предвижда тези изменения да влезнат в сила е след една година, а именно от 01.01.2027г. Удължаване срока на влизане в сила на разпоредбите е продиктувано от становища, изразени от НЦОЗА и НСИ, касаещи единствено практическото внедряване на новите кодове за ХБЗ по МКБ 10та ревизия, а не досежно тяхната целесъобразност и правилност. За този период от една година, според наши данни, стотици български граждани ще бъдат лишени от възможността да получат навременна, адекватна и достатъчна диагностика и поставяне на вярната диагноза на хроничното им бъбречно заболяване, именно поради липсата на кодове за етапа, на който се намират. Това ще доведе до невъзможност за лекуващият ги лекар да им предпише и адекватната терапия за лечение. Едногодишен срок е изключително дълъг период от време за ХБЗ, особено в неговите по-късни етапи, когато то се развива за месеци, а понякога и по-бързо. Една вирусна инфекция може да придвижи пациентът от един етап на следващ, дори за седмици и дни. На практика, заради чисто технологични, бюрократични и организационни особености, стотици български граждани ще достигнат крайни етапи на заболяването си. Този безспорен негативен резултат е нежелан не само от самите пациенти, но съм убедена и от Вас, като министър на здравеопазването. Следва изрично да се отбележи и обстоятелството, че през м. Март 2025г. СЗО прие резолюция, с която определи ХБЗ като значимо незаразно хронично заболяване, което задължава страната ни и в частност нейното управление, да постави особен акцент върху превенцията и ранната диагностика на тези хора. В този смисъл е и писмото на представителството на СЗО към Министерство на здравеопазването, с което не просто се дава разрешение за включване на тези кодове в Наредба No42/2004, но се подчертава, че тези кодове отдавна са част от националните законодателства на другите европейски държави. България е единствената държава в ЕС, в която се отлага включването на	Приема се по принцип	Наредбата влиза в сила от обнародване в Държавен вестник на закона за бюджета на НЗОК за 2026 г. Въвеждат се правила за кодиране на бъбречните заболявания през 2026 г.

	кодове за ХБЗ, поради което много от пациентите биват диагностицирани в напредналите етапи от болестта, през които единствен шанс за живот са диализата или трансплантацията. Освен това с писмо изх. No19-04-958 от 07.08.2025г., изпратено от Управителя на НЗОК доц. Стефановски, се изразява готовност за незабавно имплементиране на новите кодове за ХБЗ в документацията и електронната система на НЗОК. Това показва, че не е налице невъзможност от страна на изпълнителите на медицинска помощ да започнат работа с новите кодове още през настоящата 2026г. Единствено за целите на статистиката има известно ограничение, тъй като данните се събират и анализарат от 1во число на годината. Именно тези обезпокоителни факти наложиха спешното провеждане на съвместна среща с експерти на всички засегнати страни, за да се намери взаимно удовлетворяващо решение на възникналия проблем. На срещата бяха изяснени основните притеснения и ограничения на експертите от НСИ и НЦОЗА, което наложи намирането на по-адаптивен начин за решаване на въпроса. А именно – решението, около което се обединиха всички заинтересовани лица е изменение и допълнение на Наредба No42/2004г за въвеждане на класификационни статистически системи за кодиране на болестите и проблемите, свързани със здравето, и на медицинските процедури В ЧАСТТА, касаеща определеният срок за влизане в сила на измененията,като същата следва да стане на два етапа, както следва:„Наредбата влиза в сила на 01.03.2026г за целите на медицинската дейност и на 01.01.2027г за целите на статистическата и научна дейност”. По този начин ще се даде възможност в периода от 1ви март 2026г до 1ви януари 2027г медицинските специалисти да започнат да прилагат новите кодове за своите пациенти и съответно да не се забавя тяхното лечение, а колегите от НСИ и НЦОЗА да започнат своята статистическа дейност няколко месеца по-късно, съобразно изискванията на статистическите правила и норми. По този начин ще се постигне поетапно влизане в сила на новите кодове, което ще позволи на всички заинтересовани лица по-адаптивно да имплементират измененията в дейността си. След направена справка в действащата нормативна уредба, установих, че не е налице забрана за определяне на различен срок за влизане в сила на конкретна разпоредба, съобразно субекта. Нещо повече – налице подобна практика при приемането на различни разпоредби на анекси/ДС към НРД за МД в годините, което показва, че това е работещ механизъм за удовлетворяване на интересите на различни страни, когато преследваната цел стои над тях. Считам, че това решение, за което изразиха своето съгласие всички присъстващи на срещата експерти, би било най-правилното, законосъобразно, целесъобразно и житейски обосновано.		

	Ето защо, моля да предприемете необходимите правни и фактически действия с оглед повторно обявяване за обществено обсъждане на изменение и допълнение на Наредба No42/2004г за въвеждане на класификационни статистически системи за кодиране на болестите и проблемите, свързани със здравето, и на медицинските процедури в посочения по-горе смисъл		

ЯВОР ПЕНЧЕВ

Заместник-министър на здравеопазването