

## **У К А З А Н И Е**

**№ РД-16-15/08.03.2023 г.**

**между  
Националната здравноосигурителна каса и  
Български лекарски съюз  
за  
прилагане на Националния рамков договор за медицинските дейности  
за 2020 -2022 г.**

Националната здравноосигурителна каса и Български лекарски съюз, на основание чл. 3 от Национален рамков договор за медицинските дейности за 2020 - 2022 г., издават настоящото съвместно указание:

### **УКАЗАНИЯ ПО ПРИЛАГАНЕТО НА ИЗИСКВАНИЯТА ЗА ВОДЕНЕ НА**

**„ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО“,**

**„ИСТОРИЯ НА БРЕМЕННОСТТА И РАЖДАНЕТО“ И**

**„ИСТОРИЯ НА НОВОРОДЕНОТО“**

**от**

**приложение 2б „Първични медицински документи“**

#### **I. „ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО“:**

(по страници)

стр. 1 (титулна страница) от „История на заболяването“ (ИЗ):

Документ „История на заболяването/ бременността и раждането/новороденото“ се води освен за пациентите, приети за лечение в стационара по всички КП, така и за тези, лекувани по АПр/КПр, съгласно представените таблици:

**Таблица №1 “Амбулаторни процедури”**

Амбулаторни процедури	Води се/не се води ИЗ	Пациентът се насочва с направление:	Изготвя се/не се изготвя епикриза
АПр № 1	не	бл. М3 - НЗОК № 8	не
АПр № 2	не	бл. М3-НЗОК № 8	не
АПр № 3	не	бл. М3-НЗОК № 8	не
АПр № 4	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 5	не	бл. М3-НЗОК № 12	не
АПр № 6	не	бл. М3-НЗОК № 8	не
АПр № 7	не	бл. М3 - НЗОК № 9	не
АПр № 8	не	бл. М3-НЗОК № 8	не
АПр № 9	не	бл. М3 - НЗОК № 9	Етапна епикриза 1 път годишно
АПр № 10	не	бл. М3-НЗОК № 8	не
АПр № 11	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 12	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 13	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 14	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 15	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 16	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 17	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 18	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 19	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 20	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр №21	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 22	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 23	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 24	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 25	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не
АПр № 26	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не
АПр № 27	не	бл. М3 - НЗОК № 8	не
АПр № 28	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не
АПр № 29	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не
АПр № 30	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не

АПр №31	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 32	не	бл. М3 - НЗОК № 8	не
АПр № 33	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не
АПр № 34	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 35	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не
АПр № 36	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не
АПр № 37	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не
АПр № 38	не	бл. М3 - НЗОК № 13	не
АПр № 39	не	бл.М3-НЗОК № 9	не
АПр № 40	не	бл.М3-НЗОК № 9	не
АПр № 41	не	бл.М3-НЗОК № 9	не
АПр № 42	не	бл .М3-НЗОК № 9	не
АПр № 43			
АПр № 44	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не
АПр № 45	не	бл. М3-НЗОК № 8	не
АПр № 46	не	бл. М3-НЗОК № 7	не
АПр № 47	не	бл. М3-НЗОК № 7	не

**Таблица № 2 “Клинични процедури“**

Клинични процедури	Води се/не се води ИЗ	Пациентът се насочва с направление:	Изготвя се/не се изготвя епикриза
№ 1	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
№2	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
№3	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
№4	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
№5	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	да
№6	да	бл. МЗ- НЗОК № 8	да

В случаите, при които с едно направление с №№ 7, 8 или 8А се отчита цикъл от процедури, той се описва в една ИЗ. В тези случаи ИЗ се изготвя и попълва, съобразно извършената дейност, включена в обхвата на дейността, посочена в съответната КП или АПр и изискванията на НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г. Изготвената Епикриза отразява извършените в нея дейности, терапевтично поведение и препоръки за последващо лечение. Епикриза не се изготвя при завършване на АПр с № 6, 7 и 8, но проведените прегледи и процедури се вписват във воденото онкологично досие.

В случаите, при които не се изисква ИЗ, документирането на лечението се извършва в съответното направление № 8, 8А и 9.

Първата страница на ИЗ, с цялата информация в нея, се води само електронно и може да се отпечата при необходимост. В този случай подпис на пациента на първа страница не се изисква. За целите на контролната дейност изискването за подпис на пациента се отнася само до „Информираното съгласие“, което е неделима част от ИЗ.

В електронните ИЗ се приема подпис или идентификатор на лекар.

При приключване на хоспитализацията се попълва „Окончателна диагноза“, „Усложнения“ и „Придружаващи заболявания“ и след генериране на единен електронен документ ИЗ се подписва с КЕП на началника на отделението/клиниката и лекуващия лекар.

В ХМБ-файла могат да бъдат попълвани повече от един ред „Усложнения“ и/или „Придружаващи заболявания“, под формата на придружаващи МКБ кодове.

При превеждане на пациент в друга клиника/отделение на същото лечебно заведение не се изисква нова ИЗ. Нова ИЗ се изисква само при превеждане на пациента в друго лечебно заведение.

Изборът на лекар пациентът декларира с подписа си в Декларация за избор на лекар/екип, която е неизменна част от ИЗ.

Пациентът подписва на хартиен носител Декларация за информирано съгласие, която се прилага към ИЗ и е неотменна част от нея.

Всички подлежащи на съхранение в ИЗ медицински документи, които не влизат автоматично от болничната информационна система се прилагат към съответната ИЗ.

Стр. 2:

Задължително се вписва от кого е снета анамнезата (пациент, роднини, близки, упълномощено лице). Вписва се името на лекаря, снет анамнезата, дата, час и се отбелязва чрез идентификационен код (УИН).

Стр. 3:

Статусът при приемане на пациента се сменя от лекар, който вписва името си, посочва дата и час, и се отбелязва чрез идентификационен код (УИН). Специфичният статус е в зависимост от профила на клиниката/отделението, където е приет пациента.

Стр. 4:

Диагностично-лечебният план е задължителна част на ИЗ, като се вписва датата и часа на изготвянето му, както и името на лекаря, който го е изготвил, като лекарят

полага идентификационен код (УИН).

Стр. 5, 6 и 7:

Всички данни от лабораторните и други изследвания се прибавят по електронен път към ИЗ, с отбелязани дата и час на извършването им. Посочените изследвания в „Лист за лабораторни изследвания“ са минимум от тези, които са посочени в диагностично-лечебните алгоритми. При необходимост от специфични изследвания, същите се вписват или прилагат в ИЗ.

При наличие на изследвания и консултации от външни за лечебното заведение структури, същите се прибавят към ИЗ на пациента.

Вписват се получените данни от лабораторните и други изследвания или се прибавят съответните медицински документи, свързани с тези изследвания, които съдържат дата на изследването и съответните резултати. Медицинските документи, доказващи извършването на изследванията, се отбелязват чрез идентификационен код на лекаря, който ги е извършил.

Всички подлежащи на съхранение в ИЗ медицински документи с изследвания и консултации, които не влизат автоматично от болничната информационна система се прилагат в оригиналния им вид към ИЗ.

Стр. 8:

Всички разчитания на образни изследвания в КП, КПр и АПр, съгласно медицински стандарт по „Образна диагностика“ и чл.286 и 295 от НРД за МД за 2020 - 2022 г. се прибавят по електронен път към ИЗ. Те трябва да съдържат дата извършване на изследването, разчитане на резултатите, име на лекаря, разчел данните. Разчетените образни изследвания се отбелязват чрез идентификационен код на лекаря, който ги е извършил.

При наличие на образни изследвания и консултации от външни за лечебното заведение структури, същите се прибавят в оригиналния им вид към ИЗ на пациента.

Всички подлежащи на съхранение в ИЗ медицински документи с образни изследвания и консултации, които не влизат автоматично от болничната информационна система, се прилагат в оригиналния им вид към ИЗ.

Стр. 9:

Не се изисква попълване на таблица за всички извършени процедури (диагностични и терапевтични), които са включени в диагностично-лечебния алгоритъм (ДЛА) на съответните КП или КПр или АПр, както и други медицински процедури, извън ДЛА, които са извършени по време на болничния престой.

В таблица за използвани консумативи се записват вложените медицински изделия, които се заплащат от НЗОК извън цената на КП/КПр/АПр по определен списък на НЗОК. Медицинските консумативи не влизат в това число.

Стр. 10:

Представява проследяване на състоянието на пациента - декурзус, като в него в свободен текст се описва следното: състояние на болния, специфични симптоми и синдроми, провеждано лечение и промените в него. Декурзусът трябва да има дата и час и име на визиращия лекар, който се отбелязва чрез идентификационен код (УИН).

Към тази страница се добавят при приключване на ИЗ допълнителни документи като оперативен протокол, реанимационен лист, лекарствен лист, температурен лист, анестезиологичен лист и други, като същите се съхраняват в оригиналния си вид, в който са съставени и подписани - хартиен или електронен.

**Забележка:** при необходимост се създават следващи страници като стр. 10.

**Последна страница:** съдържа - изход от лечението и препоръки в свободен текст.

„История на заболяването“ се счита за окончателно приключена в деня на издаване на епикризата (по изключение, съгласно чл. 24, ал. 1 от *Наредба № 49 от 18 октомври 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнични помощ и домовете за медико- социални грижи* това може да е до една седмица след изписването или до получаване на хистологичен резултат).

Епикризата се изготвя на хартиен носител в три екземпляра, които се подписват от лекуващия лекар и началника на отделение/клиника, като се вписва дата и час на предаване на пациента. Пациентът се разписва на екземпляра на епикризата, оставащ в ИЗ. Когато епикризата се изпраща по пощата или с куриер товарителницата/приемопредавателният документ и/или обратна разписка се прикрепва към ИЗ.

При онкологични КП и АПр онкологичното досие се поддържа по досегашния ред, като първата и последната страница на ИЗ се отпечатват и се прикрепят към досието.

При приключване на ИЗ се изисква опис на всички документи, доказващи изпълнение на задължителните дейности по КП/АПр, които не са извършени по време на настоящата хоспитализация.

## **II. „ИСТОРИЯ НА БРЕМЕННОСТТА И РАЖДАНЕТО“:**

„История на бременността и раждането“ (ИБР) се води по КП №№ 1, 2, 3, 4 и 5. Документът се попълва, води и валидира по същия начин, както „История на заболяването“.

## **III. „ИСТОРИЯ НА НОВОРОДЕНОТО“:**

„История на новороденото“ (ИН) се изготвя за всички новородени деца. Същата се води за деца до навършване на 28-дневна възраст. При необходимост от продължително лечение в неонатологичното отделение, издадената „История на новороденото“ се продължава до приключване на лечебно-диагностичния процес. В случай на превеждане в друго лечебно заведение до 28-я ден се води „История на новороденото“, а след 28- я ден „История на заболяването“.

„История на новороденото“ се попълва, води и валидира по същия начин, както „История на заболяването“.

Попълват се всички данни от Блок „История на новороденото“, като в паспортната част освен № от общоболничния журнал се поставя и № от Актовата книга на клиниката/отделението, дата на вписване в актовата книга, РЗИ на лечебното заведение, където е родено детето, Блок „Важно“, Блок „Майка“, Блок „Дете“, Блок „Наследственост от страна на:“, Блок „Диагноза при изписването“, Блок „Данни за детето при раждането“, както и степени на тежест на състоянието на новородени и кърмачета.

Валидирането на документа се осъществява чрез име и подпис на лекуващия лекар и подпис на началник клиника/отделение.

Направените имунизации и скрининговите проби могат да се запишат в изготвен от лечебното заведение формуляр, одобрен от директора/управителя, който се прикрепя към ИН.

В случай, че новороденото има диагнози повече от една софтуерът на електронната система следва да има техническа възможност за генериране на повече редове до три реда.

Данни за приложените ваксини, както и извършени изследвания по националния скрининг се записват на мястото на декурзуса или като отделен документ, който се прилага към ИЗ.

В частта „Народност“ на майката да се разбира „Гражданство“.

Оценка на тежестта на здравното състояние по системата на Клифорд не се прилага.

Електронно подписаните ИЗ, ИБР и ИН могат да се съхраняват в електронен вариант в болничната информационна система (БИС) и да се разпечатват при необходимост.

Посочените документи се предоставят при поискване от контролните органи на НЗОК и МЗ на хартиен носител или в електронен вид, съобразно начина им на съхранение.

Всички документи, формиращи ИЗ, могат да бъдат сканирани и съхранявани в електронен вид в БИС.

**Д-Р ЙОРДАНКА ПЕНКОВА**  
**ВР. И. Д. УПРАВИТЕЛ НА**  
**НАЦИОНАЛНАТА**  
**ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА /п/**

**Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ**  
**ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УПРАВИТЕЛНИЯ**  
**СЪВЕТ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ**  
**СЪЮЗ /п/**