



УНИВЕРСИТЕТСКА МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА
АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ
• ЦАРИЦА ЙОАННА-ИСУЛ • ЕАД

ЕИК: 831805806 гр. София 1527, ул. "Бяло море" № 8; тел: (+359 2) 9432 170, Деловодство и обща канцелария: ok@isul.eu, Връзки с обществеността: pr@isul.eu

<http://www.isul.eu/>

• ЦАРИЦА ЙОАННА •
ИСУЛ

Заличена информация на осн.
Регламент 2016/679

УТВЪРДИЛ:
ИЗПЪЛНИТЕЛ
/ЛЮБОМИР ПЕНТЕВ/

София, 01.07.2016 г.

П Р А В И Л Н И К

За условията и реда при извършване на прегледи, изследвания и хоспитализации в УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД

**РАЗДЕЛ I
ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ**

Този Правилник урежда:

Чл. 1. Условията и реда за достъп на пациентите до параклиничните и клиничните звена на УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД /болницата/.

Чл. 2. Организацията и координацията на дейността при извършване на прегледи, изследвания и хоспитализации, както и регистрацията на пациентите на „входа” и „изхода” на болницата.

Чл. 3. Движението и оформянето на медицинската болнична документация.

Чл. 4. Контролът върху дейността на всеки един етап от нейното осъществяване.

**РАЗДЕЛ II
УСЛОВИЯ И РЕД ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ПРЕГЛЕДИ, ИЗСЛЕДВАНИЯ И
ХОСПИТАЛИЗАЦИИ**

Чл. 5. (1) Пациент на болницата е всяко лице, което е регистрирано и се намира под лекарски грижи, независимо от статута му по Закона за здравното осигуряване.

(2) Пациенти с медицинско направление (бл.МЗ-НЗОК №7) и платени пациенти се регистрират в съответния кабинет на Консултативно-диагностичния блок(КДБ).

(3) Спешни пациенти се регистрират в Мултипрофилно спешно отделение и подлежат на триаж.

Чл. 6. (1) Прегледи, консултации и изследвания на здравноосигурените лица, които имат медицинско направление (бл.МЗ-НЗОК №3 и №4) по Закона за здравното осигуряване /ЗЗО/ от лекарите в извънболничната медицинска помощ за преглед, консултация и/или изследване при лекар-специалист, се извършват без заплащане от пациента в Медицински център „ИСУЛ-Царица Йоанна”-ЕООД (центъра).

(2) Всички консултативни прегледи и/или изследвания на пациенти, които не са хоспитализирани в УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ” ЕАД, се извършват срещу заплащане по ценоразписа на болницата, на касата на болницата.

(3) Не се заплащат: а) консултативни прегледи в рамките на работното време на приемно-консултативните кабинети в Клиника по медицинска онкология и двете отделения / б) прегледа при приемане; и в) до два консултативни прегледа в срок от един месец след изписването за хоспитализирани пациенти по клинична пътека. Консултативните прегледи след изписването трябва да се извършват от лекар в Приемно-консултативния кабинет на съответната клиника в КДБ или от лекуващия лекар в стационара, като се регистрират в Болничната информационна система/БИС/.

(4) Не се заплащат и консултативни прегледи:

- на служители на УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ” ЕАД и техните семейства (родители, съпрузи, деца);
- на пенсионери, бивши служители на УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ” ЕАД.

(5) Консултативните прегледи по ал.3 и ал.4 се извършват без направление №№ 3, 3А, 4 от извънболничната медицинска помощ.

Чл. 7. (1) Като Университетска болница, обслужваща населението от цялата страна, УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” ЕАД осъществява консултативна дейност за нехоспитализирани лица - в приемно-консултативните кабинети (ПКК) на КДБ, за хоспитализирани болни в рамките на Стационарния блок, както и за пациенти от други лечебни заведения.

(2) Дейността на приемно-консултативните кабинети и лаборатории на КДБ се регламентира с правилници и се осъществява по графици, които се поставят на видно място и стриктно се спазват.

Чл. 8. Определят се следните видове хоспитализация:

1. Планова хоспитализация на задължително здравноосигурени лица;
2. Платена планова хоспитализация;
3. Спешна хоспитализация
4. Спешна хоспитализация, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване /за пациенти, които са здравнонеосигурени и нямат доход и/или лично имущество/.

Чл. 9. Спешен прием на пациенти:

(1) Спешен прием на пациенти се осъществява денонощно.

(2) Правилата за извършване на прегледи на пациенти в Мултипрофилно спешно отделение в болницата и преценката на спешността на състоянието са уредени в Правилник за вътрешния ред на Мултипрофилно спешно отделение, в съответствие с посочените в медицинските стандарти спешни състояния.

Чл. 10. (1) Планов прием на пациент се извършва при условие, че е налице индикация за хоспитализация, и се заплаща от здравноосигурителна каса по клинична пътека или от други източници по ценоразписа на болницата.

(2) Спешни хоспитализации на болни, които не са здравно осигурени също могат да бъдат платени за целия болничен престой, по ценоразписа на болницата.

(3) За спешно хоспитализирани здравно неосигурените пациенти, които нямат доход и/или лично имущество се информира Дирекция „Социално подпомагане“ по местоживееене.

Чл.11. Пациентите постъпват в КДБ на болницата с Направление за хоспитализация - бланка МЗ-НЗОК № 7, попълнено от лекар, който насочва болния за приемане (общопрактикуващ лекар, специалист от извънболничната или болнична помощ).

Чл. 12. (1) При липса на капацитет за планова хоспитализация в болницата се изготвя и поддържа актуална листа за планов прием за всяка клиника и/или отделение.

(2) Плановата хоспитализация се осъществява съгласно утвърдени с решение на Съвета на директорите „Правила за вписване на пациенти в листата на чакащите прием“

(3) Пациентът има право да бъде информиран за причините за включването му в листата за планов прием и възможните последици от забавянето.

(4) В приемните кабинети плановата хоспитализация се извършва по реда на вписването.

(5) Пациентите, които заплащат изцяло лечението си също се включват в листата за планов прием. Те могат да бъдат приети веднага, ако няма чакащи за платена хоспитализация.

(6) Пациентите, включени за планов прием се информират за всеки конкретен случай за относимите изследвания, които могат да се направят в извън болничната помощ, преди хоспитализацията в болницата.

(7) По преценка на лекаря в приемния кабинет, някои пациенти могат да се консултират с Началника на съответната клиника без да се заплаща за това.

(8) При осъществяване на хоспитализация на лицата по реда на ал. 4 или при отказ от хоспитализация поредността на номерата на останалите, включени в листата, се запазва.

(9) Актуална информация за листата за планов прием, в т.ч. за поредността на вписаните в нея пациенти и определените дати за приема, се публикува на интернет страницата на съответното лечебно заведение. Оповестената информация не съдържа лични данни на пациентите."

Чл. 13. Главната сестра ежедневно обобщава и предава в РЗИ информация за свободните легла в болницата.

Чл. 14. Планов прием на пациенти се осъществява само в работни дни от 8.00 до 14.00 часа.

Чл. 15. След извършване на преглед и при наличие на индикации за планова хоспитализация, болният се записва в Листата на чакащите и се планува за приемане в Болницата. Листа на чакащите се води в приемно-консултативен кабинет.

Чл. 16. (1) Платеното лечение включва цената на леглоденя за целия период на лечение, цената на лекарствата, изследванията и процедурите и др., съгласно ценовразписа на болницата.

(2) За пациентите, които заплащат лечението си, при изписване се прави калкулация на разходите и същите ги заплащат в касата на болницата, като екземпляр от фактурата /номер на фискалния бон/ се поставя /вписва/ в Историята на заболяването.

Чл. 17. (1) Здравноосигурените лица заплащат потребителска такса по чл. 37, ал. 1 от 330 за всеки ден болничен престой, но не повече от 10 дни годишно.

(2) Броят на дните, за които здравноосигуреното лице е заплатило потребителска такса, се установява с копие на платежен документ (включително и от друго лечебно заведение за болнична помощ през календарната година), което се поставя в Историята на заболяването.

(3) От заплащане на потребителска такса се освобождават лицата със заболявания, определени с приложение към НРД /Списък на заболяванията, при които здравноосигурените лица са освободени от заплащане на потребителска такса/ или освободени от заплащането на другите основания по чл. 37, ал. 4 от 330.

(4) Основанията за освобождаване от заплащане на потребителска такса се удостоверяват с копие на документа, което се поставя в Историята на заболяването.

(5) За документ се признават: епикриза за съответното заболяване по списъка към НРД /не е основание за освобождаване от заплащане на потребителска такса

приемната диагноза/; ЕГН за малолетни и непълнолетни; удостоверение от Бюрото по труда, че лицето е регистрирано като безработно за неработещите членове на семейството; документ, удостоверяващ, че лицата са пострадали при и по повод отбраната на страната, че са ветерани от войните или военноинвалиди; удостоверение от съответната социална служба, че лицето получава помощи по Правилника за прилагане на Закона за социално подпомагане; документ от съответното заведение, че лицето е без доходи и е настанено в дом за деца и юноши, в дом за деца от предучилищна възраст или в дом за социални грижи; служебна карта, удостоверяваща практикуване на медицинска професия за медицински специалисти.

Чл. 18. (1) Към момента на приемане на пациент се извършва електронна проверка за неговия здравноосигурителен статус.

(2) В случай, че пациентът не е здравно осигурен, същият следва да бъде уведомен. Уведомяването да бъде записано в документацията и подписано от пациента, а болният да бъде насочван към касовата служба на лечебното заведение за плащане на медицинската услуга съгласно утвърдения и действащ ценоразпис на УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“ ЕАД.

(3) В случай, че пациентът е задължително здравно осигурен, но желае извършването на медицинска услуга, която не се финансира от трето лице в негова полза /напр. клиничната пътека не е част от договора с НЗОК-СЗОК, не се заплаща по договор с фонд за доброволно здравно осигуряване, не се заплаща от МЗ и др./, същият следва да бъде уведомен. Уведомяването се записва в документацията и подписва от пациента. След това пациентът се насочва към касата на лечебното заведение за плащане на медицинската услуга, съгласно утвърдения и действащ ценоразпис на УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“ ЕАД. На пациента може да се предложи пренасочването му към друго лечебно заведение, което има право да получи плащане от трети лица за извършване на тази медицинска услуга.

РАЗДЕЛ III

ОРГАНИЗАЦИЯ, ОФОРМЯНЕ И КОНТРОЛ НА СПЕЦИАЛНАТА МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЯ

Чл. 19. Дейностите, извършени при преглед, консултация, изследване, манипулация и хоспитализация задължително се регистрират в Болничната информационна система (БИС) и се документират.

Чл. 20. (1) В приемно-консултативните кабинети/ПКК/ и Мултипрофилно спешно отделение, за всеки прегледан пациент се води Лист за преглед на пациент в КДБ/СО

Всеки лист съдържа информация за лекаря, паспортните данни на болния, анамнеза, обективно състояние, изследвания и лечение, както и вида на прегледа, време на прегледа, пореден номер и източник на финансиране.

Листовите се подписват от пациента и лекаря.

Данните от Листовите за преглед на пациент в ПКК, оформят електронните амбулаторни журнали, периодичните отчети за дейността и листата на чакащите на всеки от кабинетите.

(2) Във всички приемно-консултативни кабинети, с помощта на БИС се създават електронни амбулаторни журнали, включващи данни за:

- преминали в кабинета пациенти – първични и вторични консултативни прегледи
- контролни прегледи на пациенти след изписването.

(3) Във всички диагностични звена и в лабораториите, с помощта на БИС се създават електронни амбулаторни журналы, включващи данни за извършените изследвания по звена, вид изследване и/или апарат /ако това се налага от технологичния процес/.

(4) Медицинската сестра /лаборант, рехабилитатор/ с помощта на БИС, води електронните амбулаторни журналы за извършени прегледи, консултации, изследвания, манипулации и прием на пациенти.

(5) В МПСО се води архив за хоспитализирани и нехоспитализирани пациенти.

Чл. 21. След извършване на амбулаторен преглед в ПКК, консултация и/или изследване, медицинската сестра оформя паспортната част на медицинския документ, а лекарят (или медицинската сестра под диктовката на лекаря) отразява данните от анамнезата, прегледа, изследванията и лечението. Медицинският документ се подписва от лекаря.

Чл. 22. (1) В деня за хоспитализация в приемния кабинет се издава История на заболяването на пациента до 14.00 часа.

(2) При спешна хоспитализация ИЗ се издава в МПСО.

Чл. 23. (1) История на заболяването се издава след изразено информирано съгласие за хоспитализация.

(2) Медицинската сестра в приемния кабинет е длъжна да информира пациентите за предоставяните допълнителни медицински услуги в съответната клиника, както и да получи информация от пациентите за тяхното желание да изберат своя лекуващ лекар.

(3) В приемния кабинет, с помощта на БИС, се попълват следните реквизити в Историята на заболяването: 1) паспортна част; 2) причиня за хоспитализацията; 3) диагноза на изпращащо заведение и приемен кабинет (диагнозата се изписва на български език без съкращение и код по МКБ-10); 4) придружаващи заболявания - на първа страница, и бележки /ако са необходими при спешни състояние/ на дежурния (приемащия) лекар - обективно състояние, изследвания, фамилия и подпис на лекаря - на втора страница на история на заболяването. Вписва се информация за контакт с ОЗБ и извършен преглед за паразити.

(4) Към История на заболяването се прибавят документ за платена потребителска такса, епикризи от предишни хоспитализации и/или други документи, които имат отношение към хоспитализацията на пациента и/или се изискват по силата на нормативен акт, копие от фактура за платено лечение, копие от фактура за платени допълнителни медицински услуги /за избор на лекар, индивидуален сестрински пост, индивидуален санитарен пост, самостоятелна стая и др./

Чл. 24. Началникът на клиниката/отделението определя лекуващите лекари по сектори и стаи.

Чл. 25. Определеният лекуващ лекар задължително се вписва чрез БИС на първа страница на История на заболяването.

Чл. 26. В клиниката/отделението старшата медицинска сестра и/или медицинската сестра настанява пациента, чекира пациента и докладва История на заболяването на лекуващия лекар.

Чл. 27. Старшата медицинска сестра и/или медицинската сестра изготвя температурен лист, класира го в папката на съответната болнична стая и запознава пациента с вътрешния ред в клиниката/отделението. Медицинската сестра, приела пациента в клиниката извършва санитарна обработка.

Чл. 28. Лекуващият лекар се представя на пациента, сменя анамнезата, съставя план за лечение, назначава медикаментозна терапия и оформя трета и следващите страници от история на заболяването, и отбелязва с декурзуси хода на лечебния процес.

Чл. 29. В периода на лечение, достъп до История на заболяването на пациента имат началника на клиниката/отделението, лекуващият/дежурният лекар, старшата медицинска сестра и медицинските сестри. При извършване на изследвания, манипулации и/или консултации в болницата или в друго лечебно заведение достъп до История на заболяването имат и длъжностните лица /лекар-консултант, медицинска сестра, лаборант, рехабилитатор/ от съответните лечебно-диагностични звена.

Чл. 30. Лекуващият лекар запознава пациента с изследванията и манипулациите, които е необходимо да бъдат изпълнени през болничния престой. Пациентът подписва необходимите декларации по образец или други документи, определени в нормативните актове.

Чл. 31. (1) Медицинските сестри са задължени да водят по утвърдения образец следната документация: рапортна тетрадка, тетрадка за назначения, тетрадка за визитация, тетрадка за превръзки.

(2) В температурния лист медицинските сестри вписват температура, пулс, диуреза, дефекация, а лекарят – медикаментозната терапия на пациента.

Чл. 32. При извършване на манипулация се попълва и подписва от медицинската сестра и лекуващия лекар Фип за отчитане на индивидуални консумативи, който се прилага в история на заболяването на пациента.

Чл. 33. При изписване, медицинска сестра прави рекапитулация в температурния лист на изписаните и приложените медикаменти и оставащите заприходява в съответния журнал, съдържащ:

Заприходено от ИЗ №; трите имена на болния; медикамент; количество; дата.

Отприходено на ИЗ №; трите имена на болния; медикамент; количество; дата.

Чл. 34. При изписване, лекуващият лекар: 1) отбелязва с декурзус изписването на пациента; 2) изготвя епикриза; 3) попълва последната страница на история за заболяването "изход от лечението и препоръки" - вписва уточнените дати за контролен консултативен преглед и пациентът се подписва, че е получил екземпляр от епикризата; 4) попълва в направление за хоспитализация полетата "изход от хоспитализацията", "след изписването болния е насочен за лечение:", "окончателна диагноза - МКБ № ", "усложнения" и се подписва в полето "лекуващ лекар"; 5) докладва история на заболяването на началника на клиниката/отделението, който се подписва; 6) предава най-късно на следващия ден след изписването история на заболяването на пациента с попълнени всички реквизити за статистическа обработка. Изключение за по-късно предаване на историята на заболяването за статистическа обработка може да бъде допусната само при пациенти, чиито хистологични резултати ще бъдат получени след изписването.

Чл. 35. (1) При изписване на пациента се изготвя епикриза в 3 екземпляра:

1. два екземпляра от епикризата се предоставят срещу подпис в История на заболяване на пациента или на членовете на семейството му, или на придружаващите го лица;
2. един екземпляр от епикризата се прилага към Историята на заболяването на пациента.

(2) При необходимост се издава ново копие от епикризата по цени, утвърдени в ценоразписа на болницата.

(3) Епикризата съдържа следните реквизити:

1. паспортна част;
2. окончателна диагноза, заболяване с код по МКБ 10 и номер на КП – наименование;
3. придружаващи заболявания с изписано наименование на диагнозата с код по МКБ 10;

4. анамнеза;
5. обективно състояние с локален, соматичен и специализиран статус;
6. параклинични изследвания; хистологичен резултат, потвърждаващ окончателната диагноза;
7. консултативни прегледи;
8. терапевтична схема – задължително вписване на използваните в хода на лечението на ЗОЛ вид лекарства;
9. задължително вписване на използваните в хода на лечението на ЗОЛ лекарства, които НЗОК заплаща извън цената на КП и АПр (вид, доза – еднократна и/или дневна, продължителност курс на лечение), назначени от лекуващия лекар и/или лекар консултант;
10. ход на заболяването;
11. настъпили усложнения;
12. проведени инвазивни диагностични и терапевтични процедури;
13. дата на оперативната интервенция с оперативна диагноза;
14. извадка от оперативния протокол – вид анестезия, находка, извършена интервенция;
15. постоперативен статус и ход на заболяването след операцията;
16. статус при изписването;
17. изход от заболяването;
18. препоръки за хигиенно-диетичен режим след изписването и назначено медикаментозно лечение след изписването и препоръки за такова;
19. необходимост от контролни прегледи в болницата след изписването;
20. препоръки към ОПЛ на пациента;
21. описание на съпровождащите епикризата изследвания и други документи за служебно ползване;
22. имена и подписи на лекуващия лекар и началника на съответното отделение или негов заместник, като лекуващият лекар може и да не бъде изписващият лекар;
23. печат на лечебното заведение върху екземплярите на епикризите, предоставени на пациента и/или ОПЛ.

(4) Изследвания, резултатът от които се получава след изписването на пациента, се предоставят при поискване лично или на членове на семейството или на упълномощени от пациента лица срещу подпис в история на заболяването.

Чл. 36. Изписването на болния се регистрира в БИС в деня на изписването (с изключение на пациентите с хистологично изследване).

Чл. 37. При изписване на болния, същият получава задължително необходимата документация (епикриза, изследвания, протоколи и др.) Епикризата се подпечатва в съответната клиника/отделение.

РАЗДЕЛ IV КОНТРОЛ

Чл. 38. За неизпълнение на настоящите разпоредби виновните длъжностни лица носят административна отговорност.

Чл. 39. Постоянен контрол върху изпълнение на задълженията на длъжностните лица се възлага на началника на КДБ и на началниците на клиники/отделения/лаборатории.

Чл. 40. Периодичен контрол върху дейността по спазване на условията и реда за извършване на прегледи, изследвания и хоспитализации се осъществява от заместник-директора по медицинската дейност.

Чл. 41. При осъществяване на оперативния контрол, изпълнителният директор назначава временни контролни комисии и/или възлага контролни функции на определени длъжностни лица.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Този правилник се издава на основание Закона за здравното осигуряване, Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, Наредба № 49 от 18.10.2010 г. на МЗ за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи и другите нормативни актове в областта на здравеопазването, утвърден е от съвета на директорите Протокол от 30.06.2020 г. и е в сила от 01.07.2020 г. и отменя предходния правилник за условията и реда при извършване на прегледи, изследвания и хоспитализации в УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД.

§2. Изпълнителният директор прави внася предложения в СД за изменения и допълнения в правилника.

Заличена информация на осн. Регламент 2016/679