**Новите моменти в Наредба 8 за профилактичните и диспансерни прегледи в сила от 1.1.2017**

д-р Виктория Чобанова

д-р Георги Миндов

1. Диспансеризация – Диспансеризацията е ДОБРОВОЛНА, като лекаря трябва да обясни на пациента само **УСТНО** за вида и тежестта на заболяването, необходимостта от наблюдение и лечение и рисковете от отказа от диспансеризация. Лекарят е **длъжен** да диспансеризира пациента, освен при изричен отказ на пациента, като отказът се документира **ПИСМЕНО** от лекаря в амбулаторния лист, както и фактът, че му е предложена диспансеризация.
2. Продължителността (времетраенето) на профилактичния и диспансерния преглед се определят от обема и обхвата на необходимите дейности, вкл. последващата оценка на резултата от изследванията и консултациите.

**Няма (отпада) минимална продължителност на прегледа / диспансерен или проф./ (преди** минималната продължителност на прегледа беше 15 минути).

Отпада: Всеки личен лекар е длъжен да поставя на общодостъпно място в лечебното заведение за първична извънболнична медицинска помощ информация относно вида и периодичността на профилактичните прегледи и изследвания.

1. Предоставяне и обмен на информация – по разбираем начин, без да се оформя писмено – вид и периодичност на проф. преглед и **устно за резултатите от изследванията** и прегледите. Пациентът получава достъп до данните за проведените прегледи чрез своето досие, и само при поискване – екземпляр от медицинската документация (амбулаторен лист).

Данните от прегледите и изследванията от СИМП се предават на ОПЛ чрез пациента, освен при автентификация.

При смяна на Лечебното заведение или лекаря пациентът предоставя достъп на лекаря до своето електронно досие чрез автентификация. При невъзможност – по досегашния ред - чрез пациента.

**Чл. 25.** (1) Лекарите и лекарите по дентална медицина предоставят на пациента подробна устна информация за резултатите от проведените профилактични и диспансерни прегледи и изследвания и отразяват данните от тях в утвърдената медицинска документация. Пациентът потвърждава чрез електронно автентификиране извършените медицински дейности, назначени изследвания и терапия, а при невъзможност - с електронен подпис или с подпис или друг инициализиращ знак върху документа.

Чл. 28. (1) Лечебните заведения, осъществяващи профилактични прегледи и/или диспансеризация, предоставят в съответната регионална здравна инспекция информация за извършените профилактични и диспансерни прегледи в годишните статистически отчети.

(2) Лечебните заведения, сключили договор с Националната здравноосигурителна каса, отчитат извършените профилактични и диспансерни прегледи, като представят информация от първичната медицинска документация на електронен носител в районната здравноосигурителна каса. Съдържанието и формата на предоставяната информация се определя от Националната здравноосигурителна каса.

1. **Източници на финансиране:**

Дейности по следните дейности по профилактика на:

 1. безплодието;

2. предаваните по полов път болести и СПИН;

3. злокачествени заболявания на репродуктивната система;

4. психичните разстройства.

Дейностите по ал. 1 се осъществяват в рамките на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК **или по национални програми и проекти./ново/**

Финансирането на скрининга може да бъде осигурявано от следните източници: Бюджета на Националната здравноосигурителна каса /ново/

1. Съхранение на информацията

На **електронен и хартиен носител**, когато носи подписа на пациента върху документа или **само на електронен носител**, когато е подписана с автентификация.

**Пази се 3 години,** след което подлежи на **предаване на пациента или унищожаване** (при отказ или невъзможност за предаване на пациента).

**На електронен носител** – архивиране и съхраняване до 1 година след приключване на диспансерното наблюдение, съотв. избор на нов лекар:

Чл.29 (2) Медицинската документация се съхранява:

1. на електронен и хартиен носител - когато е подписана с подпис или друг инициализиращ знак на пациента върху документа;

2. само на електронен носител - когато е подписана чрез електронно автентификиране.

(3) След изтичане на срока по ал. 1 документацията:

1. на хартиен носител - се предоставя на пациента, а при отказ или невъзможност от него да я приеме - подлежи на унищожаване;

2. на електронен носител - подлежи на архивиране.

(4) Документацията по ал. 3, т. 2 се съхранява в лечебното заведение една година след приключване на наблюдението на пациента поради избор на нов общопрактикуващ лекар, избор на нов диспансеризиращ лекар или приключване на диспансерното наблюдение по друг повод.

6. Профилактичен преглед на децата Приложение №8А:

Прегледите се извършват в **календарни периоди – месец,** година, а не в зависимост от датата на раждането. Така НЗОК няма да отказват плащане на извършен преглед поради ненавършена възраст на детето.

 При новородените се извършват до два прегледа в домашни условия до навършване на 1 месец. Първият преглед се извършва до 24 часа след изписването от болницата (ако родителите са избрали лекар още в болницата) или след избора на ОПЛ или педиатър. Прегледите са един път месечно в рамките на календарния месец .

Прегледите от 1 до 2 години са 4 и се извършват през интервали не по-малки от 2 месеца; от 2 до 7 години – два пъти годишно през периоди не по-малки от 4 месеца.

 Остава ориентировъчното изследване на зрението на 5-годишна възраст на детето.

Остава възможността урина на учениците да се изследва в лаборатория.

# Проф. преглед над 18 години Приложение №8А:

- Изследването на общ холестерол, триглицериди, кръвна захар, ЕКГ, мамография, PSA, HDL-холестерол, LDL-холестерол в рамките на предходните 12 месеца, направено по друг повод, не се провежда повторно по време на профилактичния преглед.

- По преценка на общопрактикуващия лекар може да не се провежда повторно изследване на ПКК и урина, ако същите са направени през предходните 3 месеца.

* Кръвна захар се изследва при FINDRISK >= 12 точки (изчислява се чрез анкетната карта).

(Отпадат самостоятелното назначаване на КЗ при БМИ > 30, при родител с диабет, раждане на едър плод и други. )

 Оценката при FINDRISK се определя на базата на показатели от анамнезата и обективното състояние на пациента, определени по време на профилактичния преглед, и се оценява в точки (при максимален брой точки е 26.

* Предвиден е профилактичен АГ преглед на жени, навършващи 30 години в календарната година (родени през 1987г.) Прегледът се провежда с направление от нас към АГ ( на бланка НЗОК №3 тип 1), който е длъжен да вземе материал за **цитонамазка** и да назначи изследването **с МДД от своя регулативен стандарт.**
* **СС риск по SCORE** (за лица без сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет, ХБН) ще се изчислява на 5 години за здрави лица от 40 години(за мъже) или от 50години(за жени) **до 65 навършени години**. Назначаваме триглицериди, общ холестерол и HDL-холестерол .
* За лицата със заболявания: (сърдечно-съдови, диабет, ХБН) се назначават на 5 години LDL-холестерол и триглицериди, ако не са назначени в рамките на диспансерното наблюдение в предходните 12 месеца.
* **На лицата над 65 години ще се назначават същите изследвания и в същата периодика, но няма да се изчислява SCORE.**
* Всички изследвания (без ПКК и урина), които са направени в предходните 12 месеца (**не в рамките на календарната година, както беше досега**) по друг **повод не се провеждат повторно**.

**ПКК и урина можете да не назначавате (по ваша преценка), ако са изследвани в предходните 3 месеца.**

* СС риск , 10-годишния риск от диабет, риска от злокачествени заболявания ще се изчисляват софтуерно в картите за профилактика.
* „Карта за профилактика на ЗОЛ над 18 години“ се заменя с „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“.
* Няма изискване „Картата за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“ при провеждане на профилактичен преглед да бъде разпечатвана на хартиен носител и да бъде подписвана от здравноосигуреното лице.
* Въвеждат се **две нови рискови групи – затлъстяване и тютюнопушене.**
* Лицата с рискови фактори, определени чрез картата за профилактика, трябва да бъдат информирани , че имат такъв риск; да им се обясни необходимостта от самонаблюдение и контрол на теглото, артериалното налягане, сърдечната честота, самоизследване на млечните жлези; да им се дадат препоръки за промяна на начина на живот – хранене, движение, контрол на вредните навици, включване в програми (където са налични – напр. за помощ за отказване от тютюнопушене); да се прецени необходимостта от допълнителни изследвания и консултации.
* **Няма задължителни консултации при установени рискови фактори и групи освен:**
* Заложени са изследвания и консултации само при ПСА от 4-9 (консултация с уролог по наша преценка) **и при PSA над 10 при мъже над 40 г. (консултация с уролог задължително)**
1. Диспансерно наблюдение на възрастни

Приложение №7А отпадат думите „не по-малко от 1“ в графата за прегледите за всички заболявания

**При Е11, I10, I11 – ОТПАДАТ задължителните консултации със СИМП(по преценка)**

* **Е11** – запазват се 4 прегледа годишно, консултацията с ендокринолог е по наша преценка .

**При гликиран хемоглобин над 8 %. консултацията с ендокринолог е задължителна! При гликиран хемоглобин под 8% е по преценка.**

 Възможност за назначаване на допълнителен (трети) гликиран хемоглобин не по-рано от 3 месеца след промяна в лечението (по преценка). КЗП е до 2 пъти годишно по преценка.

* **I10, I11** – запазват се 4 прегледа годишно,

консултацията с кардиолог **е по наша преценка един път годишно**, при необходимост има възможност за втора консултация с кардиолог (резистентна хипертония) – по наша преценка.

 Консултациите с офталмолог след установяване на хипертонична ретинопатия са на 3 години по преценка на ОПЛ. При И10 не се назначава ехоКГ (както досега)

* **I20, I25.2** – остават ежегодните консултации с кардиолог и ехоКГ на 12 месеца, и по преценка на кардиолога – сърдечно-съдов тест с натоварване или стрес ехоКГ.
* **I69** – след 5-та година **консултациите с невролог са по наша преценка. И69 остават при СИМП до края на първата година. При нов инцидент - броенето започва от началото на инцидента.**
* **I80** – вместо фибриноген и АПТТ ще се назначава фибриноген и Протромбиново време (за пациентите на лечение със Синтром).
* **Е10 и Е11 на лечение с инсулин – ще се наблюдават само от СИМП, дори когато са в комбинация с друга наша диагноза (Е03).**

Ако пациент е с Е11/Е10 в комбинация с Е03 и за двете диагнози остава на диспансерно наблюдение при СИМП (ендокринолог).

* Добавени са консултации с офталмолог подобно на наблюдението при ОПЛ.
* **Н40** – **глаукома – променят се от 2 на 4 прегледа годишно** с надеждата това да мотивира офталмолозите да си наблюдават пациентите
* **I69 – през първата година задължително СИМП** изпраща пациентите за доплер на шийни артерии и по преценка на невролога – за консултация с психиатър при прояви на деменция
* Възстановени са забележките под таблицата с диспансерните дейности:
* Признаване на извършени изследвания и консултации
* Диспансеризация при ОПЛ, когато пациентът има диагнози, подлежащи на диспансеризация в ПИМП и в СИМП.
* В този случай ОПЛ извършва всички дейности по диспансерното наблюдение, които извършва и специалиста посочени в приложение №9а от Решението

Например: Ревматични и неревматичните клапни пороци, ХИБС-i25, вторични хипертонии, ХБС, ендокардити, кардиомиопатии, AV блокове, СН и др. , като е важно да знаем, че освен конкретните специфични за всяка болест изследване/ консултация е необходимо за правим ЕКГ при всеки преглед.

* Изключения са диабет на лечение с инсулин (Е10 и Е11), пациенти със сърдечни интервенции и операции до края на първата година след процедурата.
* **При диспансеризация на пациенти с комбинирани диагнози ОПЛ насочва пациента за консултативен преглед при съответния специалист, като се препоръчват 2 прегледа с направление към СИМП за календарната година по преценка на ОПЛ, но не по малко от един. С информиране и подпис на пациента, че се отказва от този преглед може да не бъде извършен.**
* В случаи, че ОПЛ поема диспансерно наблюдение на заболявания от кардиологичните диспансерни диагнози той е длъжен да осъществи всички дейности от Приложение 9а - честота на прегледите и назначава всяко едно изследване и консултация за всяко заболяване.
* Важно е да знаем, че съгласно Приложение 4 от Решението „МКБ кодове на заболяванията по списък, определен с Решение № РД-НС-04-12/10.02.2016 г. на НС на НЗОК и кодове на специалности на лекари, назначаващи терапия“ за някои МКБ кодове ОПЛ нямаме право самостоятелно да назначаваме терапия. Такива са: **I48, I50, I25, I26, I44, I45 I47.1**